

# Patientsäkerhetsberättelse för Nyköpings kommun 2022



## Inledning

*PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §*

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

*Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.*

*I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.*

## Innehåll

SAMMANFATTNING .....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	5
Övergripande mål och strategier .....	5
Organisation och ansvar .....	10
Verksamheter inom organisationen .....	12
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	14
Läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården .....	16
Samverkan inom divisionen .....	16
Informationssäkerhet .....	19
Strålskydd .....	20
En god säkerhetskultur.....	20
Adekvat kunskap och kompetens .....	22
Säker bemanning utifrån kunskap om erfarenhet och kompetens .....	24
Att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbeten .....	25
Patienten som medskapare .....	26
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	28
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	44
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	45
Säker vård här och nu.....	46
Riskhantering .....	47
Stärka analys, lärande och utveckling .....	48
Avvikelser .....	48
Klagomål och synpunkter .....	55
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	55
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	57

## SAMMANFATTNING

Under 2022 har division social omsorg tagit flera stora och viktiga steg framåt i utvecklingen av en mer patientsäker och kvalitetssäkrad hälso- och sjukvård. Kvalitetsledningssystemet har funnits sedan tidigare, men under 2022 har divisionen tagit fram ett dokument för hur vi ska arbeta med systemet, och det finns kvalitetsutvecklare anställda inom samtliga verksamhetsområden för att hålla ihop arbetet med att kvalitetssäkra rutiner och processer. Kvalitetsledningssystemet skapar struktur och systematik i divisionens kvalitets- och utvecklingsarbete, och ska säkerställa att medborgarna får ta del av en vård som lever upp till de krav som ställs i lagar och föreskrifter.

Det har under början av året arbetats fram års hjul för äldreomsorgen respektive funktionsstödomsorgen där det tydliggjorts vad verksamheterna ska genomföra och följa upp under året i allt från enhetsnivå till verksamhetsövergripande. Årshjulet bidrar till en kvalitetssäkring för den enskilde medborgaren genom att det säkerställs att alla verksamheter arbetar med samma frågor. Årshjulet för äldreomsorgen tas fram och följs upp vid kvalitetsmöten som sker varannan vecka. Årshjulet innehåller bland annat uppföljningar och internkontroller utifrån både kvalitet och patientsäkerhet.

Under slutet av 2022 har även patientsäkerhetsträffar startats, där kvalitetsutvecklare från samtliga verksamhetsområden, MAS och verksamhetsstrateger träffas för att väcka dialog kring patientsäkerhetsfrågor och hur vi kan arbeta för att driva patientsäkerhetsarbetet framåt och säkerställa att det finns en systematik i arbetet med att förbättra verksamheten utifrån de resultat som framkommer i till exempel kvalitetsregister och MAS rapporter till nämnd.

Det finns fortfarande arbete som behöver genomföras framåt för att säkerställa en mer patientsäker verksamhet inom divisionen, men det är positivt att det under 2022 utvecklats och förbättrats flera processer och funktioner för att driva arbetet framåt. Det som kvarstår till 2023 års patientsäkerhetsarbete är framför allt att stärka egenkontroller och att arbeta vidare med att sammanställa och analysera resultat av det arbete som utförs för att kunna förbättra arbetet framåt.

# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

## Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



## Övergripande mål och strategier

*PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §*

Vård- och omsorgsnämnden är vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen, och har det yttersta ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kraven på en god och säker vård uppfylls. Det är vård- och omsorgsnämndens ansvar att fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt att följa upp och utvärdera målen. Syftet med patientsäkerhetsarbetet är att identifiera områden där förbättringsarbete behövs.

Nämndens överenskommelse för 2022 med division social omsorg innehåller följande ansvar inom hälso- och sjukvård:

- Ansvara för arbetsuppgifter som åligger verksamhetschef enligt HSL.
- Ansvara för den kommunala hälso- och sjukvården enligt HSL 12 kap § 1-2.
- Ansvara för den kommunala hemsjukvården enligt avtal med Region Sörmland. (Gäller även privata utförare)
- Ansvara för rehabilitering och habilitering samt hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning enligt HSL 12 kap §5. (Gäller även privata utförare)
- Ge handledning och utbildning till medarbetare gällande demenssjukdomar (Gäller även privata utförare).
- Upprätta årlig patientsäkerhetsberättelse.
- Använda kvalitetsregistren BPSD, Senior Alert och Svenska Palliativregistret på avsett sätt.
- Tillhandahålla särskild personal med kompetens inom demensområdet exempelvis i form av demenssjuksköterska, för rådgivning utan kostnad (Gäller även privata utförare).

Särskilda uppdrag från vård- och omsorgsnämnden för hälso- och sjukvården under 2022 var följande:

*”Att säkerställa en kvalitativ och kostnadseffektiv hälso- och sjukvårdsorganisation. En välfungerande Hälso- och sjukvårdsorganisation har en central roll både idag och inom den äldreomsorg som Nyköpings kommun vill forma för framtiden. Ett hälsofrämjande och förebyggande fokus är angeläget framför allt för de äldres livskvalitet, men även för att kommunens resurser ska räcka till för en växande äldre befolkning.”*

Vid återkoppling till nämnd i december 2022 hade följande åtgärder genomförts:

- Införande av digital signering APPVA.
- Rutin för hälsokonferenser har uppdaterats och implementeras i samtliga verksamheter för att säkerställa en god, trygg och säker omvårdnad och rehabilitering utifrån ett hälsofrämjande förhållningssätt.
- Rehabresurser har avsatts för hemgångsteamet.
- Rehabenheten arbetar fram ett fallpreventionsteam.
- En tjänst som kvalitetsutvecklare inom hälso- och sjukvård har tillsatts med uppdrag att arbeta med förbättrings- och utvecklingsområden.
- En förstärkning av budget för hemsjukvården med 5 miljoner kronor, då enheten varit underdimensionerad.

*”Det förebyggande och rehabiliterande arbetet ska vara i fokus inom såväl hemtjänst som särskilda boenden. Andel inflyttade på särskilt boende för äldre som fått den egna förmågan och hur den bäst bevaras, bedömd av arbetsterapeut och sjukgymnast under sin första boendemånad ska öka.”*

Detta mål var uppnått vid återkoppling till nämnd i april 2022, och efter det sågs innehåll och kvalitet över gällande bedömningarna och vid nämnd i december bedömdes målet för 2022 vara helt uppnått. Inför 2023 är målet att bedömningarna ska kunna ligga till grund för omvårdnaden, för att främja individens delaktighet i aktiviteter. Ett förslag är att detta uppnås genom att personal från rehab är delaktiga vid framtagande av genomförandeplan.

Utöver detta tillkommer en del åtgärder och handlingsplaner för divisionen att återkoppla till nämnd utifrån de uppföljningar och granskningar som gjorts av medicinskt ansvarig sjuksjuksköterska under året.

Mål för 2022 från PSB 2021	Genomfört 2022	Kvarstår till 2023
Kartlägga hälso- och sjukvårdsprocessen och öka kunskapen om alla delar samt tydliggöra ansvarsfördelningen	Ej genomfört 2022 då tjänsten som kvalitetsutvecklare inom hälso- och sjukvård tillsattes först i september 2022.	Hela målet. Kvalitetsutvecklare inom hälso- och sjukvård ansvarar för att åtgärden genomförs under 2023.
Att implementera avvikelseprocessen, utveckla	Avvikelseprocessen har uppdaterats i	- Färdigställa utbildningsfilm och implementera

<p>och förbättra analysarbetet för att förebygga risker i verksamheterna.</p>	<p>kvalitetsledningssystemet, den har implementerats i samtliga ledningslag.</p> <p>En divisionsövergripande arbetsgrupp har arbetat fram en plan för implementering i verksamheterna och framtagande av en utbildningsfilm har påbörjats.</p>	<p>arbetsättet i samtliga verksamheter.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utveckla processen vidare för att tydliggöra handhavande av HSL-avvikelser, samt uppföljning och analys av dessa.</li> </ul>
<p>Att öka kunskapen hos chefer om att analysera information från egenkontroller, riskanalyser och utredningar av avvikelser.</p>	<p>Äldre: Har påbörjats och kommer fortsätta pågå under hela 2023. Års hjul följs upp på kvalitetsmöten och aktuella frågor arbetas med på verksamhetsmöten för enhetschefer. MAS ingår i ledningslag och deltar vid kvalitetsmöten.</p> <p>FSO: Kvalitetsteam har startats upp under 2022, där HR, kvalitetsutvecklare, socialpedagoger, stödpedagoger, fritidskoordinator och verksamhetschef deltar. Separata möten med MAS 1 gång/månad.</p>	<p>Äldre: Arbetet med att analysera och förbättra utifrån resultat behöver arbetas vidare med under 2023 för att säkerställa att vi använder oss av resultaten för att vidareutveckla både på verksamhets- och enhetsnivå.</p> <p>FSO: Behövs ett fortsatt arbete under 2023 för att påbörja arbetet med att sammanställa och analysera information från egenkontroller och hygienronder för uppföljning på verksamhets- respektive enhetsnivå. Ingår i verksamhetens års hjul.</p>
<p>Att börja analysera risker i verksamheterna både på verksamhetsnivå och enhetsnivå</p>	<p>Mall för riskanalys på brukarnivå samt tillhörande handlingsplan är framtagna på övergripande DSO-nivå under 2022 i nätverk för kvalitetsutvecklare.</p> <p>Riskanalys inför sommaren har gjorts i samtliga verksamheter ur ett patientsäkerhetsperspektiv med återkoppling till MAS.</p>	<p>Att implementera användandet av mall och handlingsplan för riskanalyser på brukarnivå på enheterna.</p> <p>Att fortsätta arbetet med att genomföra riskanalyser även på enhets- och verksamhetsnivå.</p>

Utifrån analyser ta fram egenkontroller och kontroller i internkontrollplanen tillsammans med nämnden.	Risk- och väsentlighetsanalys har gjorts inom samtliga verksamhetsområden och utifrån denna har det tagits fram en internkontrollplan för 2023.	Att fortsätta arbetet med risk- och väsentlighetsanalyser och att hålla internkontrollplanen levande under året. Analystillfällen tillsammans med nämnd kommer att ske under 2023.
Att egenkontroller genomförs regelbundet under året för att följa resultat och planera förbättringsarbete.	FSO: Arbetet med egenkontroller har startats i gång under 2022. Äldre: Ett strukturerat arbetssätt med egenkontroller/självskattningar inom basal hygien och årlig hygienrund har genomförts under 2022, resultat har sammanställts och återkopplats till enhetscheferna.	FSO: Behov av att utveckla sammanställning och analys av resultatet.  Äldre: Behov av att vidareutveckla hur vi ska arbeta med resultatet för att uppnå förbättring ute på enheterna.
Utveckla samverkansformer i den nya organisationen och skapa en struktur som möjliggör multiprofessionellt samarbete på individnivå- Såsom exempelvis utvecklingen av hälsokonferenser.	FSO: Hälsokonferenser sker 2 ggr/termin inom grupp- och servicebostäder Äldre: Rutinen för hälsokonferens har implementerats och är i gång. Inom särskilt boende fungerar det bra, här har man jobbat med hälsokonferenser under flera år. Inom hemtjänsten har rutinen implementerats och forumet fungerar bra, har varit varierande närvaro från leg personal.	Behov av att fortsätta utvecklingsarbetet och samarbetet med hälso- och sjukvården inom samtliga verksamheter genom att hålla hälsokonferenserna levande.
Hemgångsteam: Att i samverkan med primärvården forma arbetsmetoder för att förebygga, bibehålla eller återställa den enskildes funktions- och	Hemgångsteamet har startats upp under 2022, tar emot patienter som går hem från sjukhus med fokus på rehabilitering för att få ett beslut som utgår ifrån ett hälsofrämjande förhållningssätt med planerade	Behov av att utveckla bättre samarbete med hemsjukvårdens sjuksköterskor och vårdcentralen när det finns behov av stöd med läkemedelshantering.



<p>aktivitetsförmåga, trygghetsskapande åtgärder och kontinuitet vid hemgång efter sjukhusvistelse.</p>	<p>insatser som utgår ifrån vad patienten själv klarar av. Syns redan goda resultat med patienter som återhämtar sig väl och har minskade behov av insatser efter inskrivning i hemgångsteamet.</p>	<p>Behov av att tydliggöra kriterierna för vilka som ska skrivas in i hemgångsteamet, har under starten endast varit fokus på fysisk rehabilitering men finns möjlighet för även annat. Möte är planerat med handläggare angående detta.</p> <p>Behov av att ta fram mål för patienten tidigare i processen för att säkerställa att tiden i hemgångsteamet tas tillvara på från första dag.</p>
<p>Implementera nya trygghetslam på särskilt boende för äldre och de enheter inom funktionsstödomsorgen som berörs.</p>	<p>Är implementerat och fungerar bra, analogt larm 2022.</p>	<p>Kommer byggas på under 2023 och bli digitalt – omfattar alla äldreboenden. Högre patientsäkerhet och larm går till exempel att följa upp, man kan se tider för larm och besvarande av dem. Pilotprojekt med tillsyn via kamera på särskilt boende kommer genomföras under 2023.</p>
<p>Kompetensutveckling: Att säkerställa kompetens hos medarbetare för att tillgodose den enskildes behov av hälso- och sjukvård. Bland annat att det finns en plan för uppföljning av dokumentationsutbildning och en översyn av introduktionen för legitimerad personal.</p>	<p>Äldre: Dokumentationsutbildning för spjutspetsar inom SÄBO gjordes våren 2022. Ingen uppföljning av den har gjorts ännu. Dokumentationsutbildning inom hemtjänst genomförd 2021 skulle följas upp under 2022-2023, detta är ännu inte genomfört.</p> <p>FSO: Ett stort arbete har gjorts för att ta fram ett nytt rekryteringsförfarande inför sommaren som påbörjats tidigt, där</p>	<p>Äldre: Arbetsgrupp SÄBO har startats upp jan-mars 2023, ska ta fram stödmaterial, utbildningsmaterial, granskningsmallar och uppdatera guider i assistenten. Kvarstår att följa upp den dokumentationsutbildning som genomförts.</p> <p>FSO: Fortsätta arbetet med att rekrytera personal med rätt kompetens.</p>

	<p>HR är inkopplat för att säkerställa kompetens och en bättre planering gällande sommarvikarier inför 2023.</p> <p>HSO: Mallar för introduktion för legitimerad personal har setts över och förbättrats.</p>	<p>HSO: Arbeta vidare med att säkerställa en god introduktion för nyanställda.</p>
--	---	--

## Organisation och ansvar

*PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1*

Kommunfullmäktige i Nyköpings kommun har beslutat att vård- och omsorgsnämnden har det övergripande ansvaret för den kommunala hälso- och sjukvården. Det innebär att nämnden har det övergripande ledningsansvaret för att hälso- och sjukvården uppfyller Hälso- och sjukvårdslagens (HSL 2017:30) krav på en god och säker vård. Ansvaret för det direkta utförandet av hälso- och sjukvårdsarbetet innehas av verksamhetschef enligt HSL och medicinskt ansvarig sjuksköterska. Verksamhetschef HSL är ansvarig för att det senast den 1 mars varje år upprättas en för ansvarsområdet övergripande patientsäkerhetsberättelse för divisionen. Patientsäkerhetsberättelsen ska utgöra underlag för nästa års handlingsplan avseende förbättringsarbete inom hälso- och sjukvården. Medicinskt ansvarig sjuksköterska sammanställer utifrån divisionens och de privata utförarnas patientsäkerhetsberättelser en rapport som överlämnas till nämnden. Av vård- och omsorgsnämnden är ansvaret för patientsäkerhetsarbetet fördelat på flera chefsnivåer:

- Divisionschef
- Verksamhetschef med ansvar för äldreomsorgens verksamheter och HSL
- Verksamhetschef med ansvar för funktionsstödomsorgen
- Enhetschefer med ansvar för en eller flera enheter.

**Verksamhetschef för HSL** är på nämndens uppdrag ansvarig för att dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten.

Patientsäkerhetsarbetet ska tillgodose hög patientsäkerhet, god kvalitet av vården och främja kostnadseffektivitet. Innehållet i verksamhetschefens ansvar och uppdrag finns beskrivet i en uppdragsbeskrivning upprättad i samråd mellan nämnden och divisionen. Verksamhetschefen ansvarar för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Det ska ske genom systematiskt kvalitetsarbete samt genom att styra, följa upp och förbättra arbetet med att analysera, hantera och åtgärda verksamhetens risker, avvikelser och synpunkter/klagomål.

**Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)** har ett ansvar som regleras i hälso- och sjukvårdslagen respektive hälso- och sjukvårdsförordningen och innebär ett medicinskt ansvar för att:

- Patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.
- Patienten får den hälso- och sjukvård som läkare och annan legitimerad personal ordinerat.
- Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen.
- Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten.
- Det finns ändamålsenliga och säkra rutiner för läkemedelshantering, rapportering av händelser och för att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

MAS utarbetar riktlinjer för de krav som ställs på hälso- och sjukvårdens utförande utifrån lagar och föreskrifter samt kontrollerar och utvärderar verksamhetens kvalitet i samråd med nämnden. MAS ska även vara ett stöd till verksamheten i kvalitets- och förbättringsarbete kopplat till patientsäkerheten.

**Verksamhetsstrateger äldreomsorg** har en samordnande funktion och ansvarar för att tillsammans med enhetschefer och andra funktioner inom sitt verksamhetsområde (till exempel kvalitetsutvecklare) säkerställa att arbetet som bedrivs är av god kvalitet utifrån gällande lagstiftning, andra styrande dokument och överenskommelse med nämnden. Verksamhetsstrategen ingår i ledningslaget för äldreomsorgen och leder verksamhetsmöten med enhetschefer inom hemtjänst respektive särskilt boende för äldre. Verksamhetsstrategen ska utifrån ett kvalitetsfokus stödja enhetscheferna genom att samordna frågor för att det ska bedrivas mer likvärdig vård.

**Enhetschef** ansvarar för att leda och fördela arbetet på den egna enheten utifrån gällande styrdokument och även att säkerställa att medarbetare arbetar enligt dessa.

**Medarbetare** ska aktivt medverka och bidra i det systematiska kvalitetsarbetet genom att följa riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården samt uppmärksamma och rapportera händelser som har eller kunde ha lett till vårdskada. Medarbetare ska aktivt delta i förbättringsarbeten och uppföljningar av verksamhetens kvalitet.

**Legitimerad personal** ansvarar för att hälso- och sjukvården följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens kvalitetsledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

**Delegerad personal** tar emot delegerade eller fördelade hälso- och sjukvårdsuppgifter från legitimerad personal, och är vid utförandet av dessa uppgifter hälso- och sjukvårdspersonal. Med det följer yrkesansvar i och med att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård.

**Kvalitetsutvecklare** finns inom varje verksamhetsområde samt även inom nära vård, digitalisering, psykisk hälsa och anhörigstöd. Kvalitetsutvecklarna ska stödja verksamheterna i kvalitetsfrågor och samverka i divisionsövergripande uppdrag, vilka samordnas av en kvalitetsutvecklare med samordningsansvar.

**Resursteam demens** ska arbeta gränsöverskridande mellan regionen och kommunen för att genom samordning säkerställa vård och omsorg av god kvalitet. Resursteamet ska stödja privata och kommunala utförare i arbetet med personer med demenssjukdom och deras anhöriga, och säkerställa god vård genom tidiga insatser. Resursteamet ansvarar för att utbilda och handleda personal i Socialstyrelsens standardiserade insatsförlopp samt säkerställa systematisk planering av insatser så att vården blir mer jämlik. Resursteam demens är även sammanhållande av undersköterskor med specialistutbildning inom demens och ansvarar för att planera och genomföra minst tre möten per år för att handleda och utveckla arbetet i verksamheterna.

**Undersköterskor med specialistutbildning inom demens** ska i sin roll synliggöra effekten av rätt bemötande av personer med demenssjukdom och sprida kunskap om den fysiska miljöns påverkan på målgruppen. De ska vägleda arbetet med att använda levnadsberättelsen i arbetet kopplat till den sociala dokumentationen och genomförandeplanen. De ska även vara väl insatta i arbetet med BPSD-registret och samarbetar med resursteam demens.

**Undersköterskor med vidareutbildning inom palliativ vård** kommer under 2023 få ett särskilt uppdrag som palliativt ombud, utifrån en arbetsbeskrivning som arbetats fram av en arbetsgrupp inom palliativ vård under hösten 2022.

**Hemgångsteam** har startats upp under 2022. Ett särskilt team inom hemtjänsten med stöd av sjukgymnast och arbetsterapeut, som tar emot de patienter som går hem från sjukhus. Patienten är inskriven under ett visst antal veckor och teamet tar fram mål utifrån patientens behov och arbetar med ett hälsofrämjande förhållningssätt med fokus på rehabilitering. Tanken bakom detta är patienten ska klara så mycket som möjligt själv och att beslutet om hemtjänstinsatser utgår från patientens verkliga behov innan ordinarie hemtjänstgrupp tar över.

## **Verksamheter inom organisationen**

### **Särskilt boende äldre (SÄBO)**

Särskilt boende är ett samlingsnamn för äldre- och demensboenden i Nyköpings kommun. Utöver de kommunala boendena finns även ett antal privat drivna boenden. Alla som bor på ett särskilt boende har en egen lägenhet i nära anknytning till gemensamma utrymmen där det finns matsal och umgängesytor. De som bor på särskilt boende får hjälp utifrån sina behov och det finns tillgång till omvårdnadspersonal och möjlighet till kontakt med sjuksköterska dygnet runt. På dagtid, vardagar finns även tillgång till

sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut. Det även finns möjlighet till läkarkontakt utifrån samverkansavtal med vårdcentralerna, som innebär att det kommer läkare till boendet regelbundet för att ha rond tillsammans med sjuksköterska och vid behov genomföra hembesök.

Inom särskilt boende finns det totalt 506 tillsvidareanställda omvårdnadspersonal.

Sjukgymnaster/Fysioterapeuter och arbetsterapeuter inom särskilt boende har ansvar för flera boenden, och i snitt ansvarar de för 100 patienter per heltidsanställd. Det finns totalt 14 enhetschefer anställda inom särskilt boende.

Enhet	Antal brukare	Antal sjuksköterskor
Lundagården	32	1
Mariebergsgården	129	5
Koggen	63	3
Myntan	104	4
Väverskan	48	2
Fruängskällan	72	3
Rönnliden	17	1
Korttidsboendet	24	2

### **Hemtjänst (HT)**

Hemtjänst beviljas för de som är äldre eller har en funktionsnedsättning som innebär att stöd och hjälp behövs i hemmet. Inom hemtjänsten finns det idag 7 enhetschefer och ca 270 tillsvidareanställda omvårdnadspersonal. Det finns både kommunal och privat utförare av hemtjänst, och kunderna får själva välja utförare. I den kommunala hemtjänsten fanns det under 2022 ca 713 kunder av totalt 1140 med beviljade hemtjänstbeslut i Nyköpings kommun.

### **Funktionsstödomsorg (FSO)**

Funktionsstödomsorgen omfattar boenden eller stöd till personer som har en funktionsnedsättning eller långvarig och allvarig psykisk ohälsa. Inom funktionsstödomsorgen arbetar ca 470 tillsvidareanställda medarbetare och 18 enhetschefer. Det arbetar 6 sjuksköterskor, 2 sjukgymnaster och 2 arbetsterapeuter inom funktionsstödomsorgen som ansvarar för grupp- och servicebostäder samt SoL-boenden. Gällande personlig assistans och boendestöd är de som har behov av kommunal hälso- och sjukvård inskrivna i hemsjukvården.

Enhet	Antal brukare
Personlig assistans	17
Boendestöd	145–150
Daglig verksamhet	218
Daglig sysselsättning	59
SoL-boende	66
Gruppboende	76
Serviceboende	74

### Hemsjukvård

Antal inskrivna patienter 2022	Antal sjuksköterskor	Antal sjukgymnast/fysioterapeut	Antal Arbetsterapeut	Antal undersköterskor
420	30	7	8	10

Antal äldre per fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut inom hemsjukvården är ca 2500, då alla som är över 18 år och inte kan ta sig till vårdcentralen och har behov av rehab insatser i bostaden ingår i rehab enhetens ansvarsområde. Rehabenheten gör ca 350 hembesök per månad, varav 200 av dessa är till patienter som inte är inskrivna i hemsjukvården.

### Samverkan för att förebygga vårdskador

*SOSFS 2011:94 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3*

En väl fungerande samverkan både internt och externt och på alla nivåer är nödvändig för att främja patientens bästa och för att minska risken för att patienten ska drabbas av en vårdskada. Till exempel behöver övergångar mellan vårdenheter och samverkan med primärvården vara väl fungerande för att patienten ska få en god och säker vård.

Nyköpings kommun ingår i den gemensamma nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV) med gemensamma samverkansmål för Sörmland. Nära vårdssamverkan organiseras genom att vårdcentraler, sjukhus och kommunens vård- och omsorg, skola och socialtjänst har mötesplatser på olika nivåer där även privata aktörer med avtal med region eller kommun i Sörmland kan delta. Uppdrag kommer från länets huvudmän genom länets närvårdsstruktur samt från nationell nivå genom bland annat partnerskap med SKR och Socialstyrelsen, men det kan också komma direkt från myndigheter med ansvar för frågor inom socialtjänst och vård. NSV har ansvar för att stödja och främja samverkan mellan region Sörmland och länets nio kommuner när det gäller olika målgrupper och områden.

Nyköpings kommun ingår även i den läns-gemensamma styrgruppen för närvård, där representanter från länets nio kommuner, region Sörmland och FoU Sörmland arbetar för att skapa förutsättningar för att

invånarna i Sörmland ska få en jämlik vård. Divisionschef för DSO är representant för Nyköpings kommun i länsstyrgruppen.

Det finns även samverkansgrupper inom samverkansstrukturen för närvård i Sörmland, där verksamhetschef HSL är representant för Nyköpings kommun i arbetsgrupp södra äldre (ASÄ), och verksamhetschef inom funktionsstödomsorgen representerar Nyköpings kommun i arbetsgrupp södra psykiatri och funktionshinder (ASPF). I dessa samverkansgrupper ligger frågorna på verksamhetsnivå och representanterna i dessa grupper ansvarar för att förankra beslut som tas i länsstyrgruppen i respektive verksamhet. Arbetsgrupperna syftar även till att stärka samverkan mellan kommunen och regionen samt vara ett forum för samråd och erfarenhetsutbyte inom respektive område.

Sedan 2021 finns även arbetsgruppen ”Lokal samverkan äldre” som uppkom för att säkerställa en bättre samverkan på verksamhetsnivå. I arbetsgruppen finns representanter för samtliga vårdcentraler i Nyköping, kommunal hälso- och sjukvård, socialtjänst, geriatriska kliniken, SSIH, Alma-teamet och ambulansen. Syftet med arbetsgruppen är att förbättra samarbetet mellan verksamheterna och utifrån beslut som tas på ASÄ utveckla identifierade förbättringsområden, till exempel gällande utskrivningsprocessen och utvecklandet av nära vård.

Hemsjukvården har flera olika regelbundna samverkansmöten med olika enheter inom regionen, som till exempel psykiatri, vårdcentraler, SSIH och ambulansen, för att stärka samverkan och föra en öppen dialog gällande gemensamma frågor. Enhetschef för sjuksköterskor i särskilt boende bokar samverkansmöten med andra enheter när det dyker upp ett behov av det.

Under 2022 har ett stort arbete startats upp i att revidera de länsgemensamma rutiner som finns på Regionens samverkanswebb för att möta upp omställningen till en nära vård. I detta arbete ingår bland annat den riktlinje för ”Trygg hemgång och effektiv samverkan” som syftar till att patienten ska ha en trygg och säker vård genom hela vårdkedjan, men även andra dokument som styr samarbetet mellan region och kommun. Det har under 2022 anordnats workshops av region Sörmland där representanter från kommunen deltagit, för att starta i gång arbetet med omställningen till nära vård. Det har sedan utifrån dessa workshops startats upp arbetsgrupper som ska revidera befintliga dokument. Från Nyköpings kommun har vi representant i den arbetsgrupp som arbetar med ”Trygg hemgång och effektiv samverkan”, och där är det medicinskt ansvarig sjuksköterska som deltar.

Det finns även en del ämnesspecifika arbetsgrupper där det finns representanter från kommunal verksamhet, bland annat diabetes och hjärtsvikt.

### **Läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården**

Det finns ett avtal om läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården mellan regionen och samtliga kommuner i Sörmland, som beskriver hur läkarmedverkan ska utformas och att uppföljning ska ske årligen. Det länsövergripande avtalet är översatt till lokala överenskommelser mellan respektive vårdcentral och Nyköpings kommun. Uppföljningen genomförs av MAS och rapport skickas till enheten för Hälsoval, som är ansvariga för administration av invånarnas val av vårdcentral. Uppföljningar görs under slutet av året och vid uppföljningstillfällena medverkar MAS och enhetscheferna för sjuksköterskor tillsammans med verksamhetschef för respektive vårdcentral. De utvecklingsområden som lyfts generellt vid 2022 års uppföljningar av avtal för läkarmedverkan är följande:

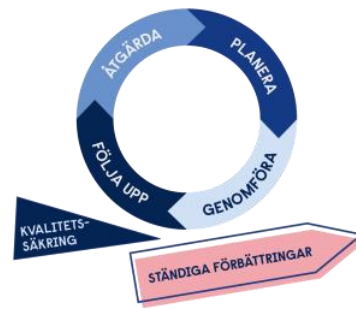
- Att samtliga verksamheter deltar i de gemensamma forum som finns (till exempel lokal samverkan äldre, där inte alla vårdcentraler medverkar idag).
- Vi behöver bli bättre på att kommunicera tydligt med hjälp av SBAR, även i Prator.
- Utveckla arbetet med SIP.
- Förbättra arbetet med läkemedelsgenomgångar, framför allt fördjupade.
- In- och utskrivningar i hemsjukvården ska ske i samråd med läkare på vårdcentralen.

Utöver de generella utvecklingsområdena har det under 2022 varit svårt att få till en kontinuitet i läkarbemanningen på korttidsboendet, vilket orsakat svårigheter i uppföljning av patientärenden. Dialog har skett mellan verksamhetschef på ger-/rehab kliniken och enhetschef för sjuksköterskorna på korttidsboendet för att följa upp detta, och verksamhetschef för ger-/rehab kliniken har en plan för att förbättra kontinuiteten i läkarbemanningen under 2023.

### **Samverkan inom divisionen**

Inom division social omsorg har det under början av 2022 tagits fram ett styrdokument som beskriver hur divisionen ska arbeta med kvalitetsledningssystemet för att säkerställa att processer och rutiner säkrar verksamhetens kvalitet på ett systematiskt sätt. Arbetet med kvalitetsledningssystemet har fått en nystart under 2022 i och med framtagande och implementering av detta styrdokument, och det är ett omfattande arbete som kommer fortgå för att förbättra och vidareutveckla processer och rutiner. Kvalitetsutvecklare finns inom varje verksamhetsområde, och det bedrivs ett gemensamt arbete i divisionsövergripande frågor i form av nätverksträffar, där arbetet hålls ihop av en kvalitetsutvecklare med särskilt ansvar för samordning. Genom ett systematiskt arbete med kvalitetssäkring sprids goda erfarenheter i organisationen genom att vi lär av varandra, vi förhindrar att fel upprepas och vi säkerställer en säker vård för medborgarna. I division social omsorg ska vi arbeta enligt förbättringshjulet:





En övergripande strategi för att säkerställa patientsäkerheten är att det under början av 2022 har arbetats fram ett års hjul för respektive verksamhetsområde, som innehåller de egenkontroller och uppföljningar som behöver göras både på divisionsövergripande, verksamhetsövergripande och på enhetsnivå för att säkerställa att verksamheterna lever upp till de krav som ställs för en god och säker vård.

Årshjulet har inom äldreomsorgen följts upp månadsvis på kvalitetsmöten, där verksamhetschef, kvalitetsutvecklare för respektive verksamhetsområde, medicinskt ansvarig sjuksköterska och verksamhetsstrateger deltar. Vid kvalitetsmötet ses det över vem som ska ansvara för att åtgärderna för kommande månad blir genomförda och hur det ska genomföras, samt följs upp att återkopplingar och rapporter till nämnd blir genomförda och vem som ansvarar för det.

Resultatet av att detta mötes forum är att det finns en tydlighet i organisationen över vilka åtgärder som ska göras under året, och det säkerställs även att de sker i samtliga verksamhetsområden under samma period och att de blir genomförda enligt plan.

Inom funktionsstödomsorgen är motsvarande forum en träff som kallas kvalitetsteam, där HR, kvalitetsutvecklare, socialpedagoger, stödpedagog, fritidskoordinator och verksamhetschef deltar. Mötet fungerar på liknande vis, men det saknas representation från hälso- och sjukvården vid dessa träffar, vilket kan leda till att hälso- och sjukvårdsperspektivet ibland saknas vid uppföljning av kvalitet inom området. Inom funktionsstödomsorgen sker det i stället separata träffar en gång per månad mellan verksamhetschef, kvalitetsutvecklare och medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Strukturen för ledningslag inom äldreomsorgen har under 2022 varit att det funnits representanter från samtliga verksamheter i ett och samma forum. Det har inom äldreomsorgen varit ett möte där deltagare är verksamhetschef, verksamhetsstrateger, chefsrepresentanter från hemtjänst, särskilt boende, myndighet och hälso- och sjukvård samt även kvalitetsutvecklare inom samtliga områden vilket har bidragit till en förbättrad samverkan och tydlig styrning för samtliga områden. Enhetscheferna har sedan haft verksamhetsmöten där man arbetar tillsammans med verksamhetsfrågor utifrån det som framkommit på ledningslaget.

Inom funktionsstödomsorgen har det under 2022 funnits representanter från alla verksamhetsområden vid ledningslag, vilket har underlättat samverkan mellan de olika enheterna. Det har däremot inte funnits representant för hälso- och sjukvården i ledningslagsstrukturen, vilket hade varit önskvärt för en förbättrad samverkan i gemensamma frågor. Dock har enhetschef inom hälso- och sjukvården deltagit vid ledningslag för FSO då det funnits behov av samverkan inom gemensamma frågor, till exempel inför planeringen av sommaren.

Hemtjänsten har varje vecka teamträff, i enlighet med Nyköpings hemtjänstmodell. Medverkar vid denna träff gör enhetschef, planerare och omvårdnadspersonal. På träffen går teamet igenom hemtjänstbeslut, insatstider och restid för att uppnå en faktisk planering. Det säkerställs även att varje hemtjänstkund har en kontaktpersonal och uppdaterad genomförandeplan. Vid behov bjuds handläggare eller legitimerad personal in för att delta.

Under 2022 har det utarbetats en ny rutin för hälsokonferens, som implementerats inom särskilt boende för äldre och implementering är påbörjad inom hemtjänsten. Vid hälsokonferensen deltar enhetschef, omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Hälsokonferensen är ett forum som finns till för att säkerställa en god, trygg och säker omvårdnad och rehabilitering för den enskilda patienten genom en väl fungerande samverkan mellan de olika professionerna med fokus på den enskilde patienten. Hälsokonferensen syftar även till att höja kvaliteten i vården genom att man arbetar systematiskt med nationella kvalitetsregister och främjar ett hälsofrämjande förhållningssätt. På de enheter inom äldreomsorgen där man under en längre tid arbetat aktivt med hälsokonferenser syns det en tydlig skillnad i statistiken gällande genomförda bedömningar och åtgärder i senior alert. En försvårande faktor för hemsjukvårdens del är att inte hemtjänsten får ersättning från nämnden för hälsokonferenser, och därför finns inte arbetssättet inom de privata hemtjänstgrupperna där hemsjukvården har hälso- och sjukvårdsansvaret. Inom funktionsstödomsorgen genomförs en till två gånger per termin på varje enhet inom grupp- och servicebostad samt SoL-boenden. Eftersom man inte arbetar med Senior Alert eller BPSD inom FSO har enhetschefer tillsammans med sjuksköterskor gjort bedömningen att hälsokonferenser inte behöver ske lika ofta som inom område äldre.

Under 2022 har hemsjukvården påbörjat ett arbete med att utbilda hemtjänstpersonal inom olika teman vid APT varje månad, till exempel kateter, sår och palliativ vård. Det är ett arbete som påbörjats under slutet av året och planen är att det ska implementeras i sin helhet under 2023. Insatsen syftar till att höja kompetensen hos hemtjänstpersonalen inom områden där man har identifierat att det finns ett behov av det.

Det har under hösten 2022 startats ett utvecklingsarbete inom palliativ vård, där kvalitetsutvecklare inom Nära vård är ansvarig för arbetet i samarbete med kvalitetsutvecklare inom hälso- och sjukvård. Det har formats en arbetsgrupp bestående av sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster från

hemsjukvård och särskilt boende där man sett över hur den palliativa vården fungerar idag och vad det finns för behov framåt. Det har även skett en workshop tillsammans med de undersköterskor som gått utbildning inom palliativ vård, där de fått bidra med sina tankar kring hur de ser att deras uppdrag kan vara format, och utifrån detta har det tagits fram ett förslag till uppdragsbeskrivning för palliativt ombud. Det har även utarbetats ett förslag till rutin för symtomlindring vid vård i livets slutskede via subkutan kvarliggande kateter. Arbetet syftar till att höja kvaliteten inom den palliativa vården, att förbättra arbetet med palliativregistret genom att de palliativa ombuden är engagerade i det arbetet samt att förbättra vården för den enskilda patienten genom att kunna erbjuda snabbare tillgång till symtomlindring vid vård i livets slutskede.

På korttidsboendet genomförs vårdplaneringsmöten tillsammans med patient och/eller närstående för att planera den fortsatta omvårdnaden. Deltar vid dessa möten gör handläggare, omvårdnadspersonal och legitimerad personal.

### **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Inom Nyköpings kommun finns ett systematiskt och riskbaserat informationssäkerhetsarbete som styrs av en kommunövergripande policy för IT-säkerhet och riktlinje för IT-resurser inom kommunen. Det finns även en kommunövergripande rutin för behandling av säkerhetsskyddsklassificerade uppgifter och handlingar. IT-enheten ansvarar för centrala system och för IT-infrastrukturen i kommunens samlade IT-miljö medan divisionerna och de centrala enheterna ansvarar för sina verksamhetsspecifika system. Således följer ansvaret för informationssäkerhet det ordinarie verksamhetsansvaret. Det innebär att den som är ansvarig för ett visst verksamhetsområde och är ansvarig för själva informationssäkerheten inom det specifika området.

Enligt dataskyddsförordningen ska det finnas rutiner för att kunna upptäcka, rapportera och utreda personuppgiftsincidenter. Av rutinen för behandling av säkerhetsskyddsklassificerade uppgifter och handlingar framgår vad som är att betrakta som en personuppgiftsincident och hur det ska rapporteras till dataskyddsombudet. I varje division och verksamhet ska det finnas en eller flera lokala informationssäkerhetssamordnare som har i uppgift att stötta ledningen, verksamheterna och medarbetare i informationssäkerhetsfrågor, vilket divisionen för tillfället saknar.

Rapporter om säkerhetsincidenter går till en gemensam funktionsbrevlåda som medarbetare på räddning och säkerhet, enheten för informationsförvaltningen och IT-enheten bevakar. De gör en första bedömning och skickar rapporten vidare till rätt enhet för åtgärd och det är rapportören som får återkoppling i ärendet. Det saknas idag systematik i hanteringen av incidenter som rapporteras in enligt riktlinjen när det gäller hur dessa utreds, åtgärdas och återkopplas på en aggregerad nivå och hur de följs

upp. Informationssäkerhetsincidenter behöver ingå i det systematiska arbetet för hantering av avvikelser för att säkerställa att de åtgärdas och följs upp på ett systematiskt sätt, och ingår i rapporteringen av avvikelser till nämnden.

Under 2022 har fyra ärenden rapporterats och registrerats som informationssäkerhetsincident. Utredning av dessa har lett till åtgärder i form av genomgång av befintliga rutiner i verksamheten. En anledning till att det registreras få informationssäkerhetsincidenter är sannolikt att kommunens riktlinjer- och rutiner inte är kända i verksamheterna, och att det saknas samverkan mellan kommunens säkerhetskansler och divisionen. Det finns idag en webbutbildning om informationssäkerhet som är obligatorisk för alla medarbetare i Nyköpings kommun, och varje chef är ansvarig för att deras medarbetare får tid och förutsättningar att genomgå utbildningen. Det finns även ytterligare en utbildning om informationssäkerhet som inte är obligatorisk, den handlar om dataskydd i kommunal verksamhet och GDPR.

Det finns en riktlinje framtagen av MAS för hantering av NPÖ (Nationell patientöversikt). NPÖ är ett nationellt system som syftar till att stärka patientsäkerheten genom effektivare flöden och övergång mellan region, kommun och privata vårdgivare. Med stöd i patientdatalagen skapas genom NPÖ en möjlighet för vårdgivare att elektroniskt ta del av patientuppgifter och därmed säkerställa en patientsäker vård. Patienten ska informeras om legitimerad personals möjlighet att inhämta information, under förutsättning att patienten samtycker till att uppgifterna hämtas ur patientens journal.

För säker informationsöverföring, planering och kommunikation mellan kommunens verksamheter, slutenvård, primärvård och psykiatrisk öppenvård används systemet Prator.

Vid tidigare års journalgranskningar genomförda av medicinskt ansvarig sjuksköterska har det funnits brister i dokumentation av samtycke till bland annat informationsöverföring, men det är något som har förbättrats betydligt vid 2022 års granskning jämfört med tidigare år.

### **Strålskydd**

*SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §*

Inom divisionen bedrivs ingen verksamhet där strålskyddsarbete förekommer.

### **En god säkerhetskultur**

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet. På divisionsövergripande nivå har det tagits fram en mall och en handlingsplan för att genomföra riskanalyser på individnivå, dessa ska implementeras under 2023 i samtliga verksamheter.



Under slutet av 2022 har patientsäkerhetsfrågan väckts till liv genom att patientsäkerhetsträffar genomförs en gång per månad, där medicinskt ansvarig sjuksköterska, kvalitetsutvecklare inom hälso- och sjukvård, hemtjänst, särskilt boende och funktionsstödomsorgen samt verksamhetsstrateger inom äldreomsorgen deltar. Vid dessa träffar lyfts patientsäkerhetsfrågor som vi behöver arbeta vidare med i andra forum, som till exempel att starta upp ett arbete med Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE, SKR). Förhoppningen med denna arbetsgrupp är att den ska skapa en dialog med öppen kommunikation kring risker och behov i verksamheterna.

Hur enheterna arbetar för att främja en öppen dialog för att främja patientsäkerheten sker på olika vis, vissa enheter arbetar mycket med detta medan vissa inte har kommit lika långt.

### **Hälso- och sjukvården**

Inom hälso- och sjukvården sker arbetet genom att det vid verksamhetsmöte och APT varannan vecka ges tid för reflektion kring öppna frågor om arbetsmiljö, även vikten av att skriva avvikelser diskuteras, och att det behöver finnas en öppenhet i det. Att avvikelser inte sker för att peka ut enskilda personer görs tydligt för grupperna vid dessa tillfällen och exempel på avvikelser lyfts för att erfarenheter av inträffade händelser ska bidra till ett lärande i gruppen.

Ett framtida mål för hemsjukvården är att det ska finnas avsatt tid för reflektionsgrupper med frivilligt deltagande från medarbetarna, där det ges utrymme att diskutera dessa frågor öppet med kollegor, och att det finns en reflektionsledare som kan föra samtalet framåt. Hemsjukvårdens medarbetare har påbörjat hospitering i andra verksamheter, och medarbetare från andra verksamheter erbjuds att hospitera inom hemsjukvården. Syftet med detta är att skapa förståelse för varandras verksamheter och främja ett öppet klimat i samarbetet med varandra.

För sjuksköterskorna i särskilt boende genomförs det teammöten på respektive enhet tillsammans med enhetschef för sjuksköterskorna, där det ges möjlighet att lyfta aktuella frågor i mindre grupp innan det lyfts gemensamt på APT. Tanken är att detta ska kunna skapa en mer öppen dialog.

### **Äldreomsorgen**

Samtliga verksamheter har avvikelser som en stående punkt på APT, där det ges utrymme för öppna frågor kring ämnet. Under 2022 har alla chefer inom särskilt boende och hemtjänst deltagit vid en workshop och introduktion av medicinskt ansvarig sjuksköterska gällande patientsäkerhet och arbetsmiljö utifrån den vägledning som SKR tagit fram. Utifrån resultatet av denna workshop har det tagits fram utvecklingsområden som verksamheten behöver jobba vidare med; Att tydliggöra kvalitetsledningssystemet, riktlinjer och rutiner och att säkerställa följsamheten till dessa. Det kommer under 2023 ske ett fortsatt arbete tillsammans med MAS för att utveckla dessa områden.

## Funktionsstödomsorgen

Även inom funktionsstödomsorgen finns avvikelser som en stående punkt på APT, och det ges utrymme för att prata öppet om ämnet. Under 2022 har arbetet inom FSO utvecklats med att genomföra riskanalyser på brukarnivå, något som man planerar att fortsätta utveckla under 2023.

## Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.



## Äldreomsorgen

17 medarbetare inom äldreomsorgen har blivit klara med utbildningen specialistundersköterska demens, en 200 YH-poängs utbildning, vilken syftar till att öka kvaliteten inom demensvården genom att personalen kan bidra till att handleda kollegor och att vidareutveckla arbetet.

Inom palliativ vård är det 27 medarbetare som gått vidareutbildning, en kurs som är 30 YH-poäng och syftar till att medarbetaren ska kunna identifiera och föreslå åtgärder för att förbättra omvårdnaden vid livets slutskede.

Under 2022 har medarbetare på Mariebergsgården, hemtjänst city och hemtjänst Tystberga fått utbildning i äldreomsorgens nationella värdegrund utifrån Socialstyrelsens vägledning. Förväntad effekt av utbildningen är att medborgare i Nyköpings kommun får leva ett värdigt liv och att de får känna välbefinnande, och att medarbetare får en samsyn om värdegrundens betydelse i äldreomsorgen. Fler grupper kommer att få ta del av utbildningsinsatsen som fortsätter även under 2023.

All hemtjänstpersonal har under 2022 fått genomgå webbutbildning i basal hygien var tredje månad, i syfte att stärka följsamheten till basala hygienrutiner. All hemtjänstpersonal har även fått utbildning i Nyköpings hemtjänstmodell under 2022. Modellen syftar till att öka kvaliteten i genomförandeplanerna genom att de skrivs ur ett hälsofrämjande perspektiv.

Enhetschefer och hygienombud har fått digital utbildning i vårdhygien. Hygienombud ska finnas på varje enhet. Syftet med dessa utbildningar är att stärka arbetet med hygienronder och att öka efterlevnaden av basala hygienrutiner i samtliga verksamheter för att minska risken för smitta och smittspridning.

## Funktionsstödomsorgen

Inom funktionsstödomsorgen har sjuksköterskorna tagit fram en utbildning gällande läkemedelshantering inför delegering, och denna har genomförts på vissa enheter under 2022, och ska appliceras i sin helhet under 2023. Utbildningen syftar till att skapa en mer säker delegering och läkemedelshantering inom funktionsstödomsorgen.

Samtliga enhetschefer har under 2022 fått utbildning av hygiensjuksköterska avseende hygienrund egenkontroller av basal hygien. Enhetschefer och hygienombud har även fått digital utbildning i vårdhygien. Hygienombud ska finnas på varje enhet. Syftet med dessa utbildningar är att stärka arbetet med hygienrunder och att öka efterlevnaden av basala hygienrutiner i samtliga verksamheter för att minska risken för smitta och smittspridning.

Utifrån de brister som framkommit vid tillsyn av nämnd inom FSO har utbildningsinsatser genomförts av IT, sjuksköterskor och kvalitetsutvecklare. Utbildningsinsatsen har innehållit HSL-dokumentation, social dokumentation, delegering och läkemedelshantering och samtliga medarbetare har omfattats av utbildningsinsatsen.

### **Hälso- och sjukvården**

Inom hemsjukvården har två sjuksköterskor vidareutbildat sig till distriktssköterskor, en distriktssköterska examinerades 2022 och en blir färdig med sin utbildning våren 2023. Att det finns specialistutbildade sjuksköterskor i verksamheten bidrar till en mer kvalitetssäkrad vård för den enskilde patienten.

En sjuksköterska inom hemsjukvården har gått en kurs på 7,5 högskolepoäng inom demens, och kommer att få använda sin kompetens genom att vara omvårdnadsansvarig sjuksköterska för de patienter som är inskrivna i hemsjukvården och kopplade till demensteamet inom hemtjänsten.

Två sjuksköterskor inom hemsjukvården har gått en kurs på 7,5 högskolepoäng inom diabetes. Dessa två sjuksköterskor kommer att använda sin kompetens genom att delta i diabetesnätverket i samverkan med regionen och övriga kommuner i länet och dela med sig av kunskaper och erfarenheter till sina kollegor. Nästan alla sjuksköterskor har deltagit vid Region Sörmlands sjuksköterskedagar 2022, där de under en heldag fått utbildning inom hjärtsvikt, ryggsmärta och reumatiska sjukdomar. Sjuksköterskedagarna är en årligt återkommande utbildning där sjuksköterskor i kommunal verksamhet erbjuds att delta till en lägre kostnad, och där samtliga sjuksköterskor brukar delta varje år.

Inom särskilt boende är det ett par sjuksköterskor som deltagit vid svensk sjuksköterskeförenings sjuksköterskedagar med tema ”Sjuksköterskans kompetens – nyckel till hälsa”.

Två sjuksköterskor inom särskilt boende har deltagit vid demensdagarna 2022, i syfte att få utbildning och inspiration inom området som kan appliceras i deras dagliga arbete.

Dokumentationsutbildning har tagits fram av dokumentationsgrupper inom respektive enhet, och utbildning har skett för samtliga medarbetare under 2022 för att säkerställa en dokumentation som lever upp till de krav som ställs på verksamheten. En säker och tydlig dokumentation förväntas ge effekt för den enskilde patienten genom att skapa en säker vårdkedja, där det går att följa bedömning, hälsoplan, åtgärder och uppföljningar systematiskt i patientens journal.

Sjuksköterskorna inom särskilt boende har gått en utbildning i stärkt självledarskap, vilket ska leda till lugna och trygga sjuksköterskor som ger bättre och mer säker vård. Förhoppningen med utbildningsinsatsen var att minska sjukskrivningar och omsättning av sjuksköterskor, vilket ger förbättrad kontinuitet för patienten och en mer säker vård.

Medarbetare från rehab enheten har deltagit i ett flertal utbildningar under 2022, som samtliga syftar till att kvalitetssäkra vården för den enskilde patienten. Utbildningar som deltagits i och syftet med dessa är följande:

- Förflyttningskunskap – Säkrare förflyttningar och ökad delaktighet för patienten.
- Funktionellt sittande, positionering – Förbättra sittandet i rullstol.
- Palliativ vård – kvalitetssäkra den palliativa vården ur ett rehabperspektiv.
- Fallpreventionsutbildning – För att identifiera fallrisk i tidigt skede och förebygga fall.
- Lyftar och selar – Funktioner, placering av selar och att optimera användandet av selar till olika patienter. Hur man kan använda lyften för att underlätta i olika moment i omvårdnaden.
- Kognitiva hjälpmedel – Att hitta rätt hjälpmedel för att patienten ska kunna vara mer självständig i sin vardag.

## **Säker bemanning utifrån kunskap om erfarenhet och kompetens**

### **Äldreomsorg**

I hemtjänsten används planeringssystemet Life Care, där man lägger in medarbetare utifrån kompetens och delegering, och insatser planeras utifrån dessa faktorer. Hemtjänsten arbetar i geografiska team och säkerställer att rätt kompetens finns där den behövs, vilket är en förutsättning för att planera ut de insatser som ska utföras.

Inom särskilt boende planeras bemanningen utifrån att det alltid ska finnas utbildad och delegerad personal i tjänst, men vid enstaka tillfällen kan det bli svårt att leva upp till det vid till exempel hög sjukfrånvaro.

### **Funktionsstödomsorg**

Bemanningen inom FSO planeras utifrån att det alltid ska finnas utbildad och delegerad personal i tjänst, och det har under 2022 drivits ett förändringsarbete där rekryteringsförfarandet har setts över för att förbättra förutsättningarna inför sommaren 2023. Detta har gjorts genom att tidigarelägga arbetet med att rekrytera sommarvikarier, att säkerställa kompetens hos den personal som rekryteras och effekten av detta förväntas bli en bättre planerad bemanning under sommaren 2023.

### **Hälso- och sjukvård**

En stor svårighet har under flera års tid varit att rekrytera och behålla personal inom hälso- och sjukvården, vilket lett till ett stort behov av att ta in inhyrd personal i verksamheten. Detta försvårar möjligheterna att planera schemaläggning utifrån kunskap och kompetens. Även om den inhyrda personalen ofta har många års erfarenhet av yrket som sjuksköterska saknas det kunskap om rutiner och arbetssätt för just denna verksamhet. Kommunal hälso- och sjukvård är ett komplext och självständigt arbete som det tar tid att sätta sig in i, och när det är få ordinarie personal på plats skiftas fokus från att



arbeta vårdpreventivt till att det utförs ett arbete som fokuserar på direkt patientarbete. Hög andel inhyrd personal försämrar även kontinuiteten för patienterna. Under 2022 har det skett en stor minskning av andelen inhyrd personal inom framför allt hemsjukvården, men det tar också tid när det finns mycket nyanställd personal att komma in i arbetet och hitta former för att arbeta mer vårdpreventivt.

Inom hemsjukvården är målet att fördelningen av sjuksköterskor i de fyra team som finns ska ske utifrån erfarenhet och kompetens, så att det finns en jämn spridning i gruppen och att inte något team består av endast nyanställda sjuksköterskor. På jourtid planeras det för att det alltid ska finnas minst en mer erfaren sjuksköterska i tjänst tillsammans med mer nyanställda, men det är inte alltid det fungerar. Till följd av sjukfrånvaro och vakanser i verksamheten är det ibland enbart inhyrd personal som arbetar kvällar och helger.

Inom särskilt boende försöker man fördela sjuksköterskorna så att det inte är för många nyanställda på samma enhet, men med tanke på de svårigheter som finns att rekrytera och behålla personal är det ofta svårt att leva upp till det.

Inom rehabenheten förs en öppen dialog kring placering av medarbetare utifrån kompetens, erfarenhet och intresse samtidigt som det planeras för att alltid ha erfaren personal blandat med ny personal på enheterna.

## **Att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbeten**

### **Äldreomsorg**

I äldreomsorgen arbetar varje enhetschef för att göra nya rutiner kända, och de lyfts vid APT i respektive grupp. Det har under 2022 funnits en kvalitetsutvecklare inom hemtjänst och en inom särskilt boende som arbetat för att öka kunskapen om förbättrings- och implementeringsarbeten. Under 2022 har det blivit tydligt att det finns mycket lokala rutiner ute på enheterna, som tagits fram för att säkerställa att enheten lever upp till de krav som ställs. Detta har lett till att det arbetas olika på olika enheter, och det har identifierats ett behov av att se över hur och var rutiner ska beslutas för att säkerställa att vi erbjuder lika vård med samma goda kvalitet till alla medborgare. Detta är ett arbete som behöver ses över under 2023.

Inom särskilt boende har det under 2022 tillsatts en tjänst som kvalitetsutvecklare i första linjen på varje boende utifrån statsbidrag ”Ett hållbart arbetsliv”. Uppdraget för denna funktion är att ta fram en gemensam grundstruktur för arbetet inom särskilt boende, samt att inventera befintliga rutiner och checklistor. Syftet är att med riktade insatser på enhetsnivå, kopplat till det arbete som sker på verksamhetsnivå, få till en långsiktig förbättring och kvalitetsarbete. Det som genomförts under 2022 är att det tagits fram en gemensam introduktionsplan och genomförandeplaner har granskats. En av kvalitetsutvecklarna har även varit deltagare i den grupp som arbetat med att utveckla och implementera avvikelseprocessen på divisionsövergripande nivå. Funktionen som kvalitetsutvecklare i första linjen planeras fortlöpa även under 2023, men det är idag inte klart om det kommer finansieras av statsbidrag.

## Funktionsstödomsorg

Inom funktionsstödomsorgen lyfts förändringar vid APT på samtliga enheter. Lokala rutiner implementeras av enhetschef på enheten. Rutiner på verksamhetsnivå lyfts på ledningslag av kvalitetsutvecklare och om det gäller en ny riktlinje bjuds MAS in för att presentera den. Utifrån detta ansvarar därefter varje enhetschef för att ta informationen vidare till sina medarbetare på enheten. Bedömningen av kvalitetsutvecklare inom FSO är att det här är ett väl fungerande arbetssätt och att nya rutiner eller processer görs kända på enheterna.

## Hälso- och sjukvård

Inom hemsjukvården lyfts nya rutiner och arbetssätt vid APT eller verksamhetsmöten. Nya rutiner mejlas ut, men sätts även in i pärmar för att finnas lätt tillgängliga för varje team.

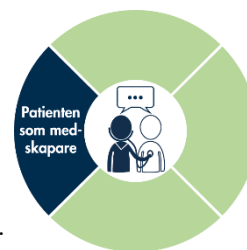
Ett sätt att skapa systemförståelse och kunskap är att involvera medarbetarna i förbättrings- och implementeringsarbeten, som till exempel i arbetet med att utveckla den palliativa vården. Det här är ett område som vi kan arbeta för att utveckla ytterligare. Inom hälso- och sjukvården har det under 2022 anställts en kvalitetsutvecklare som ska arbeta för att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete.

Inom särskilt boende och rehabenheten finns det aktiva dokumentationsgrupper som kontinuerligt arbetar för att förbättra dokumentationen och återkopplar till gruppen vid verksamhetsmöten. Inom hemsjukvården har det startats en dokumentationsgrupp under slutet av 2022 med syfte att arbeta med samma förbättringsarbete. Kvalitetsutvecklare inom hälso- och sjukvård kommer att delta i dokumentationsgrupperna under 2023.

## Patienten som medskapare

*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



De patienter som har flera kontakter inom hälso- och sjukvården har rätt att få hjälp med samordning av dessa insatser, och för att underlätta det samarbetet finns en överenskommelse om att det ska ske en gemensam individuell planering (SIP) för dessa patienter. Utifrån den riktlinje som tagits fram syftar SIP till att skapa en flexibel planering i insatserna utifrån patientens behov, säkerställa kontinuitet och främja en gränsöverskridande samverkan med insatser som ges integrerat i stället för i separata spår. Denna planering ska alltid ske tillsammans med patienten och med respekt för självbestämmande och integritet, om patienten samtycker kan även närstående delta i planeringen. Arbetet med SIP fungerar idag väl i de fall det gäller en patient som har mycket omfattande vårdbehov och insatser som ska samordnas från många olika aktörer, men det skulle kunna ske SIP i fler fall även för patienter med mindre omfattande

vårdbehov för att underlätta samordningen av de insatser som planeras. Detta är ett område som kan utvecklas ytterligare i omställningen till en nära vård som pågår just nu.

Det finns en tydlig kommunövergripande rutin för hur synpunkter och klagomål som inkommer ska hanteras, diarieföras och återkopplas till den som inlämnat synpunkten eller klagomålet och samtliga verksamhetsområden uppger att de arbetar enligt denna. Det finns även en rutin för hur synpunkter ska sammanställas och följas upp under året, vilket är ett arbete som behöver arbetas vidare för att utveckla, idag är detta inte någonting som genomförts på verksamhetsnivå.

### **Äldreomsorg:**

Inom äldreomsorgen erbjuds alla som flyttar in/blir ny hemtjänstkund ett välkomstsamtal, dit även närstående bjuds in om så önskas. Vid behov erbjuds även ytterligare samtal när det finns önskemål om det eller det finns frågor som den boende eller närstående vill diskutera. Vid välkomstsamtal deltar enhetschef, kontaktpersonal och även legitimerad personal. Kontaktpersonal frågar alltid närstående när de vill ha kontakt och hur ofta, sen sker de kontakterna utifrån individuella behov.

Det finns något som kallas brukarråd inom särskilt boende, som genomförs fyra gånger per år. I brukarrådet deltar de som bor på boendet och varje möte har olika teman. En gång per år går man igenom resultat från brukarundersökningen.

Genom att hemtjänsten arbetar utifrån processen som tagits fram i Nyköping hemtjänstmodell säkerställs det att hemtjänsten arbetar hälsofrämjande och att kunden görs delaktig i sina beslut, genom att kunden medverkar vid framtagande av genomförandeplanen och uppföljning av den.

### **Funktionsstödomsorgen:**

Välkomstsamtal genomförs vid inskrivning med enhetschef och legitimerad personal samt omvårdnadspersonal. Om patienten samtycker och önskar det kan även närstående delta vid samtalet. Om behov finns bokas ytterligare samtal med patient och/eller närstående och patienten är utifrån förmåga delaktig i planeringen av sin vård och behandling.

### **Hälso- och sjukvården:**

Det ingår i yrkesansvaret som legitimerar personal att alltid arbeta utifrån patientens behov, och vid inskrivning ställer man alltid frågan till patienten hur hen vill ha det och vad som är viktigt för hen. All vård som sker i hemsjukvården ska ske i dialog med patienten och/eller närstående, men uppdraget går inte alltid att styra då det är regionen som lämnar uppdrag till hemsjukvården utifrån deras bedömning. I hälso- och sjukvården har det under 2022 gjorts ett förbättringsarbete inom dokumentationen, där bland annat hälsoplanerna är en del av det område som arbetats med. När vi blir bättre på att skriva hälsoplaner,

som bygger på att patienten eller närstående är delaktiga, kommer vi även förbättra patientens delaktighet i sin vård och behandling.

Hemsjukvården har haft en planeringsdag under 2022, dit man bjudit in en patient och en anhörig att delta för att skapa en dialog kring vad som är viktigt även utifrån anhörig- och patientperspektiv. Ett initiativ som kan lyftas som positivt exempel på något som skulle kunna bjudas in till i fler verksamheter framöver. När det inkommer synpunkter och klagomål från patienter eller anhöriga sker en dialog där enhetschef kontaktar berörd person och återkopplar på det sätt som den som inlämnat klagomålet eller synpunkten önskar. Ibland önskas ett möte eller ett telefonsamtal och ibland sker återkopplingen skriftligt.

### **Anhörigstöd:**

Vård- och omsorgsnämnden har under 2022 fattat beslut om en riktlinje för anhörigstöd, i syfte att tydliggöra anhörigperspektivet för alla som möter anhöriga i sitt vardagliga arbete, för att uppmärksamma anhörigas behov och ge stöd utifrån sin yrkesroll. Riktlinjen tydliggör ansvarsområden för det övergripande anhörigstödet, chefer och arbetsledare, anhörigombud och även övrig personal inom kommunens verksamheter. Det övergripande anhörigstödet ger råd, stöd och information till anhöriga, både enskilt och i grupp med undantag för anhöriga till personer med demenssjukdom – de hänvisas till resursteam demens för anhörigstöd. Det övergripande anhörigstödet erbjuder utbildningar och träffar för de anhörigombud som finns i verksamheterna. De arbetar även för att utveckla samverkan både internt och externt.

Inom samtliga verksamheter ska det finnas anhörigombud, vars uppgift är att sprida kunskap i sin arbetsgrupp kring anhörigas situation och även att vara en kontaktväg till det övergripande anhörigstödet. Anhörigombuden ska även delta vid de utbildningar och träffar som det övergripande anhörigstödet bjuder in till. I november 2022 hölls en 3 timmar lång föreläsning om anhörigperspektiv och anhörigsamverkan, och till det tillfället var det 200 medarbetare som anmält sig, och oftast är det ett högt deltagande vid de träffar som erbjuds för anhörigombuden.

## **AGERA FÖR SÄKER VÅRD**

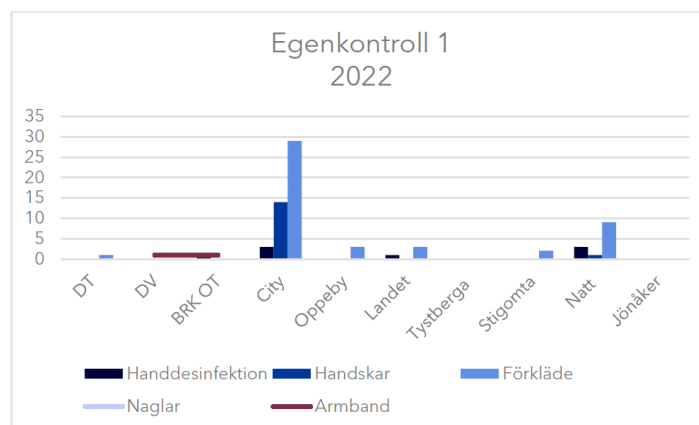
*SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §*

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

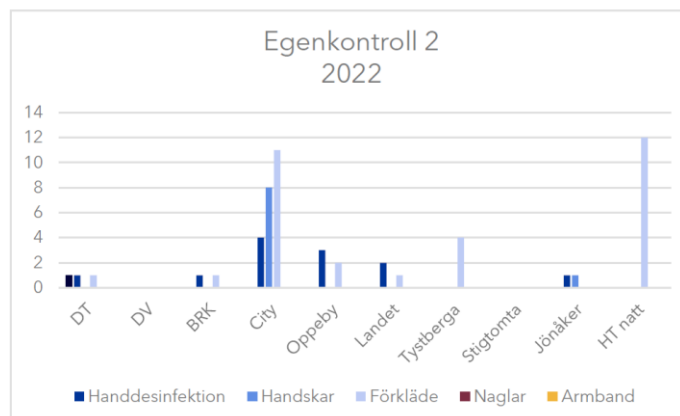
### **Basal hygien - Hemtjänst**

**Mål:** Öka följsamheten gällande basal hygien och att uppnå 100% följsamhet på samtliga enheter inom DSO äldreomsorg i Nyköpings kommun.

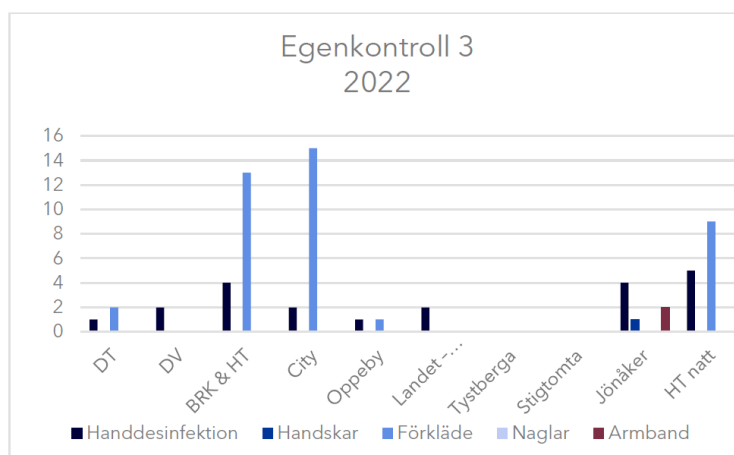
**Resultat:** Hemtjänsten har genomfört fyra egenkontroller under 2022, där medarbetarna själva fått utföra en självskattning utifrån den mall som finns på regionens samverkanswebb. Ansvarig för genomförandet är hygienombud tillsammans med enhetschef. Det är första året det görs sammanställning av resultat på verksamhetsnivå, och det finns därför inte resultat från föregående år att jämföra med.



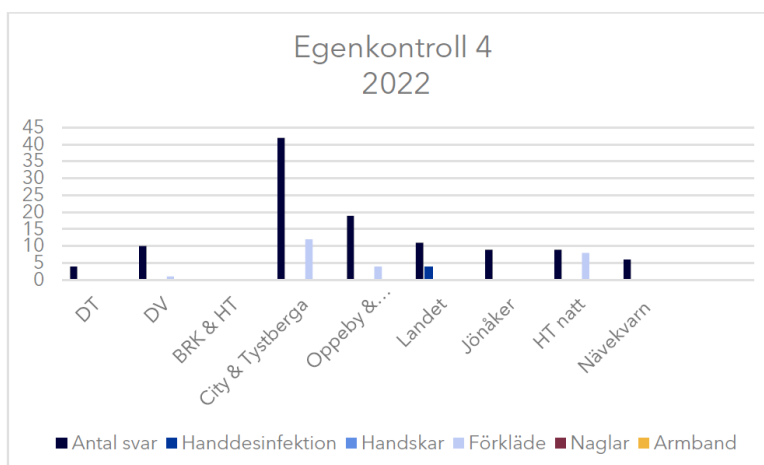
Vid första egenkontrollen var det totalt 259 egenkontroller som inkom. Av dessa var det 8 som inte följde rutiner för handdesinfektion, 15 som inte använde handskar och 47 som inte använde förkläde i omvårdnadsmoment, 1 egenkontroll följde inte regler för naglar och 3 hade smycken/armband. De grupper som avviker mest från basala hygienrutiner är hemtjänst city och nattpatrullen, medan demensteamet, hemtjänst Tystberga, hemtjänst Jönåker och dagverksamhet för personer med demensdiagnos har en näst intill hundra procentig följsamhet.



Vid egenkontroll 2 har det inkommit 199 svar, varav 23 brister i handdesinfektion, 9 gällande användande av handskar, 32 användande av förkläde men inga brister gällande naglar och smycken.



Vid den tredje egenkontrollen inkom 156 svar. 21 visade brister i handdesinfektion, 1 handskar, 40 användande av förkläde och 2 använde smycken, men inga brister rapporterades gällande naglar.



Vid den fjärde egenkontrollen inkom 110 svar. Av dessa visade 4 brister i handdesinfektion och 25 användande av förkläde, men inga brister gällande handskar, naglar och armband rapporterades. Resultat saknas för hemtjänst Brandkärr och hemgångsteamet vid egenkontroll nummer 4.

**Analys av resultat:** Resultatet har sammanställts på verksamhetsnivå och återkopplats till enhetscheferna, som utifrån resultatet arbetat fram en åtgärdsplan. De brister som framkommit är framför allt följsamhet gällande användning av förkläde vid vård- och omsorgsarbete, särskilt i två hemtjänstgrupper. Även handdesinfektion före och efter arbetsmoment är ett område som behöver förbättras, dock är resultatet förbättrat gällande handdesinfektion vid årets sista egenkontroll, vilket tyder på att återkommande webbutbildningar i basal hygien haft effekt i hemtjänstgrupperna.

**Åtgärd:** Webbutbildning basal hygien ska ske regelbundet för alla medarbetare. Ny rutin för smittförebyggande åtgärder anger minst en gång per år för alla medarbetare, men enligt åtgärdsplan ska detta genomföras var tredje månad. Basal hygien ska vara en stående punkt på APT på samtliga enheter,

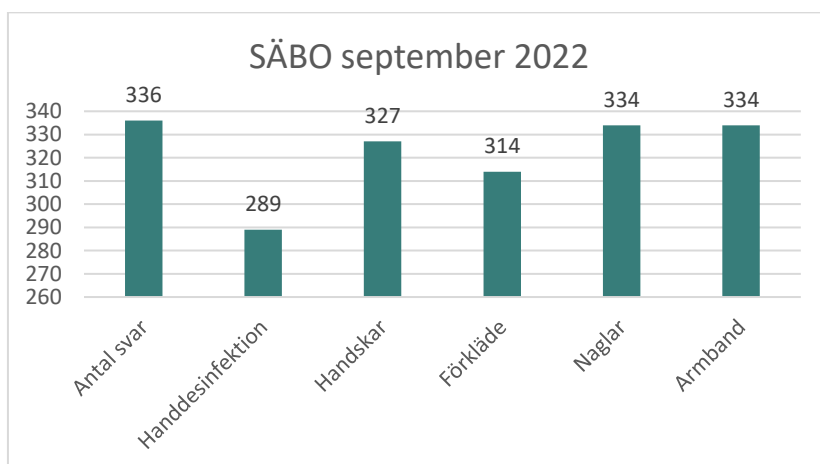
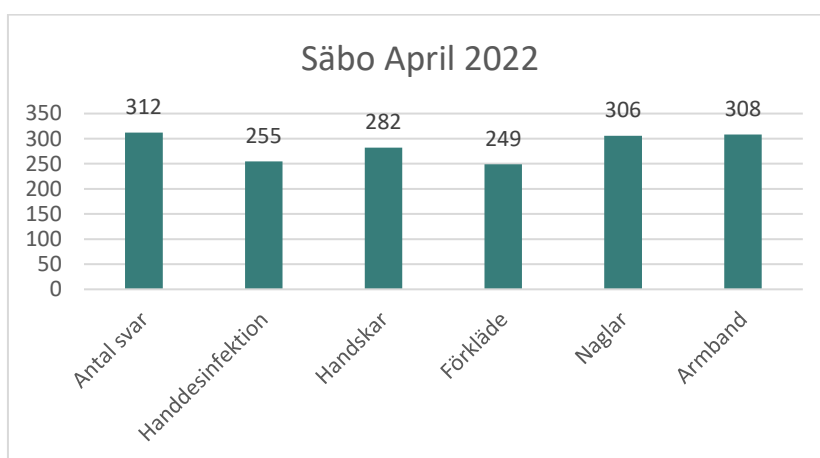
och hygienombud ska utses på alla enheter. Behov av att revidera rollbeskrivningen för hygienombud. Hygienombud och chefer ska delta på de utbildningar som vårdhygien erbjuder. Resultat av egenkontrollen ska analyseras på respektive enhet med en åtgärdsplan.

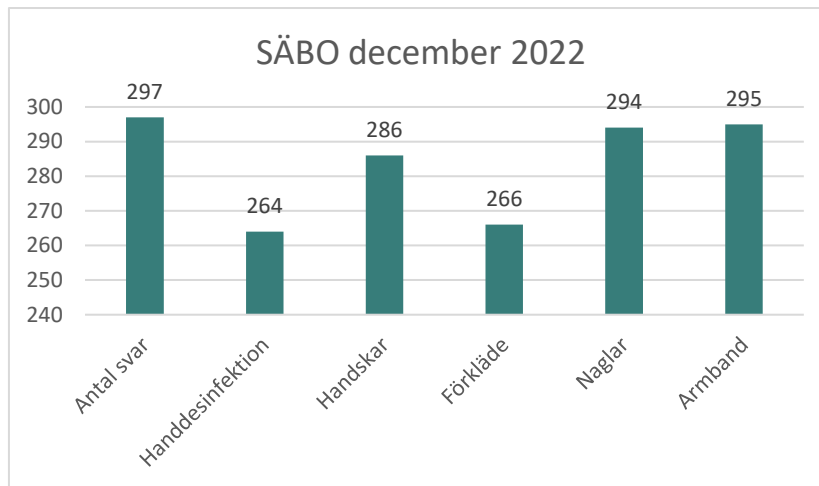
**Uppföljning av åtgärd:** Åtgärder följs upp löpande under året genom sammanställning och analys av om genomförda åtgärder på enheten givit effekt på resultatet.

### Basal hygien – Särskilt boende för äldre

**Mål:** Öka följsamheten gällande basal hygien och att uppnå 100% följsamhet på samtliga enheter inom DSO äldreomsorg i Nyköpings kommun.

**Resultat:** Inom SÄBO har det genomförts tre egenkontroller under 2022, där medarbetarna själva fått utföra en självskattning utifrån den mall som finns på regionens samverkanswebb. Ansvarig för genomförandet är hygienombud tillsammans med enhetschef. De brister som framkommit är framför allt följsamhet gällande användning av förkläde vid vård- och omsorgsarbete och handdesinfektion före arbetsmoment. Det är första året det görs sammanställning av resultat på verksamhetsnivå, och det finns därför inte resultat från föregående år att jämföra med. Tabellerna nedan visar antal svar och följsamhet till respektive moment i den basala hygien:





**Analys av resultat:** Resultatet har sammanställts på verksamhetsnivå och återkopplats till enhetscheferna, och utifrån resultatet har det arbetats fram en åtgärdsplan. De förbättringsområden som identifierats är följande:

- Öka följsamheten basal hygien
- Aktualisera ombudsrollen basal hygien
- Öka följsamheten av plastförkläde vid omvårdnadssituation
- Öka följsamhet av handdesinfektion före och efter omvårdnadssituation.

**Åtgärd:** De åtgärder som planerats för att uppnå förbättringar är att webbutbildning basal hygien ska ske var tredje månad och att basal hygien är en stående punkt på APT. Hygienombudsrollen behöver tydliggöras och det behöver möjliggöras utrymme för att arbeta med uppdraget. Hygienombud och enhetschef ska delta i de utbildningar som vårdhygien erbjuder 2 gånger per år. Vid bristande följsamhet till basala hygienrutiner ska samtal genomföras enskilt med medarbetare av enhetschef.

**Uppföljning av åtgärd:** Åtgärder följs upp löpande under året genom sammanställning och analys av om genomförda åtgärder på enheten givit effekt på resultatet.

### **Basal hygien - Funktionsstödomsorg**

**Mål:** Öka följsamheten gällande basal hygien och att uppnå 100% följsamhet på samtliga enheter.

**Resultat:** FSO har genomfört egenkontroller under 2022, där medarbetarna själva fått utföra en självskattning utifrån den mall som finns på regionens samverkanswebb. Ansvarig för genomförandet är hygienombud tillsammans med enhetschef.

**Analys av resultat:** Det har inte skett någon sammanställning och analys av resultatet av egenkontrollerna inom FSO under 2022.



**Åtgärd och uppföljning:** Under 2023 behöver sammanställning av resultatet ske på verksamhetsnivå och återkopplas till enheterna för att sedan ta fram åtgärder på enhetsnivå utifrån resultat och de förbättringsområden som synliggörs vid sammanställning.

## Journalgranskning

**Mål:** Att dokumentation sker enligt lagar och föreskrifter för att säkerställa en god och säker vård för den enskilde patienten.

**Resultat:** Totalt 580 egenkontroller har lämnats in till MAS inför rapport till nämnden, vilket är 345 fler än 2021. Enligt MAS rapport håller dokumentationen en god standard, anteckningarna är skrivna med respekt för patientens integritet, är tydliga och lätta att förstå. Det finns kontaktuppgifter till anhöriga och samtycken dokumenterade i de flesta journaler. Dock finns en del brister som identifierats och som behöver utvecklas för att säkerställa en god och säker dokumentation.

**Analys av resultat:** Utifrån resultatet av MAS rapport om granskning av HSL-journaler har handlingsplan tagits fram utifrån varje enhet inom hälso- och sjukvården med åtgärder som ska följas upp under våren av 2023.

**Åtgärd:** Kvalitetsutvecklare inom hälso- och sjukvården har under slutet av 2022 och början av 2023 deltagit på verksamhetsmöten för samtliga verksamheter inom hälso- och sjukvården för att återkoppla det som framkommit i MAS journalgranskning samt gått igenom den åtgärdsplan som tagits fram, för att göra den känd bland medarbetarna och tydliggöra syfte och mening med de åtgärder som utförs.

Samtliga verksamheter inom hälso- och sjukvården har startat upp dokumentationsgrupper som består av medarbetare som är särskilt intresserade av att arbeta med förbättringar inom dokumentationen.

Grupperna träffas regelbundet och diskuterar aktuella frågor gällande dokumentation. Övriga medarbetare kan skicka in frågor till dokumentationsgrupperna, som sedan återkopplas efter deras möten.

Sjuksköterskorna inom särskilt boende och rehabenheten har haft aktiva dokumentationsgrupper sedan tidigare, och nu har även hemsjukvården startat upp en dokumentationsgrupp. Kvalitetsutvecklare inom hälso- och sjukvård deltar i samtliga dokumentationsgrupper.

Som åtgärd för att förbättra dokumentationen har dokumentationsgruppen för sjuksköterskor inom särskilt boende tagit fram ett utbildningsmaterial som används för att utbilda kollegorna. Utbildning är genomförd för alla nyanställda sjuksköterskor, och kommer även att genomföras för samtliga medarbetare under början av 2023. Ett par månader efter utbildningstillfället bjuder gruppen in till en uppföljningsträff, med möjlighet att ta upp frågor som uppstått efter det första tillfället. Som extra åtgärd för funktionsstödomsorgen har en medarbetare som är erfaren genomfört en riktad insats genom att på ett verksamhetsmöte gå igenom hur hälsoplaner dokumenteras.

Hemsjukvårdens dokumentationsgrupp är helt nystartad, men även denna dokumentationsgrupp har fått i uppdrag att ta fram ett material för utbildning av kollegor under vintern 2022-2023, med fokus på de

områden som MAS journalgranskning visat har behov av förbättring. För att få till en enhetlig dokumentation inom hälso- och sjukvården planeras det för gemensamma träffar för dokumentationsgrupperna inom särskilt boende och hemsjukvården under 2023.

Rehabenheten har fått en genomgång av de brister som framkommit i MAS journalgranskning av kvalitetsutvecklare inom hälso- och sjukvård och åtgärdsplan har tagits fram.

Att det finns brister i dokumentation av läkemedelsgenomgångar är ett område som lyfts vid möten med vårdcentralerna, i och med att det är ett arbete som sker i samråd mellan sjuksköterska och läkare. Under november 2022 genomfördes uppföljningar av avtal för läkarmedverkan av kvalitetsutvecklare inom hälso- och sjukvård tillsammans med enhetschefer för sjuksköterskorna och verksamhetscheferna på respektive vårdcentral. Vid dessa tillfällen har enhetscheferna för sjuksköterskorna lyft vikten av att läkemedelsgenomgångar genomförs och dokumenteras på rätt vis i både kommunens och regionens journalsystem.

En åtgärd utöver det som står med i handlingsplanen är att påbörja kollegial journalgranskning, och det är någonting som först kommer att testas för sjuksköterskorna inom särskilt boende under 2023 för att 2024 implementeras i övriga verksamheter. En försvårande faktor är att sjuksköterskorna inte får gå in i journaler där det inte finns en patientrelation, så för att kunna möjliggöra kollegial journalgranskning måste avidentifierade journaler skivas ut. Det försvårar granskningen att en utskriven journal är svår att följa när utskrivna texter sorteras efter sökord. Planen är därför att ett antal avidentifierade journaler skrivs ut, och att kvalitetsutvecklare därefter plockar ut ett antal bra och mindre bra exempel på texter som sedan används vid ett utbildningstillfälle för diskussion i grupper.

**Uppföljning av åtgärd:** Uppföljning av planerade åtgärder och om de utförts samt om de haft tillräcklig effekt kommer att genomföras vid ett möte mellan enhetschefer inom hälso- och sjukvården och kvalitetsutvecklare inom hälso- och sjukvård under mars 2023. Då ses det även över om ytterligare åtgärder behöver vidtas för att förbättra dokumentationen under 2023.

## **Delegeringar**

**Mål:** Att säkerställa att delegeringar genomförs i enlighet med MAS riktlinje för delegering och att utbildningsnivån för den omvårdnadspersonal som har en delegering säkerställs.

**Resultat och analys av resultat:** Verksamheten har efter MAS rapport om delegeringar hösten 2022 startat i gång arbetet med att legitimerad personal utför egenkontroller som kommer att sammanställas för att följa upp hur många delegeringar som utfärdas och vilken utbildningsnivå den personal som delegeras har. Dock är detta ett arbete som relativt nyligen påbörjats och det finns ännu inte tillräckligt underlag för att göra en sammanställning för 2022 att redovisa i årets patientsäkerhetsberättelse. I systemet för digital signering framgår det inte vilken utbildningsnivå som delegerad personal har, och det går därför inte att sammanställa statistik över detta.

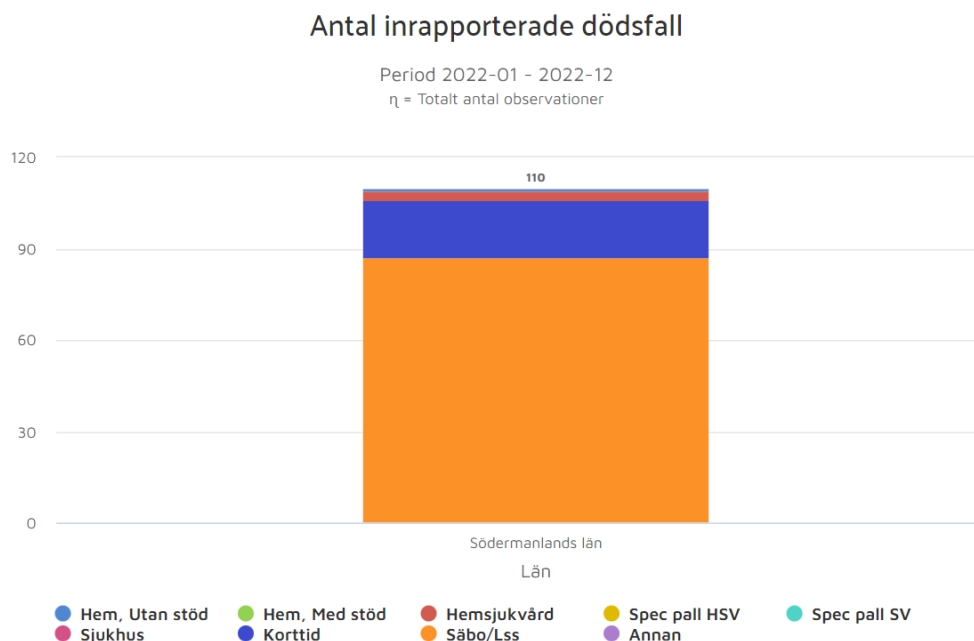
**Åtgärd och uppföljning av åtgärd:** Att under 2023 säkerställa att det genomförs egenkontroller av enhetschefer gällande hur många delegeringar som genomförs varje månad och vilken utbildning den delegerade personalen har. Att under 2023 säkerställa att sjuksköterskorna för statistik på genomförda delegeringar och utbildningsnivå på den omvårdnadspersonal som delegeras och att statistiken redovisas för MAS kvartalsvis.

## Palliativregistret

Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att förbättra vården i livets slutskede. Genom att vårdpersonal svara på en enkät med ca 30 frågor om hur vården varit den sista veckan i livet sammanställs vilken kvalitet som vården håller. Därefter kan resultaten användas för att följa upp och förbättra.

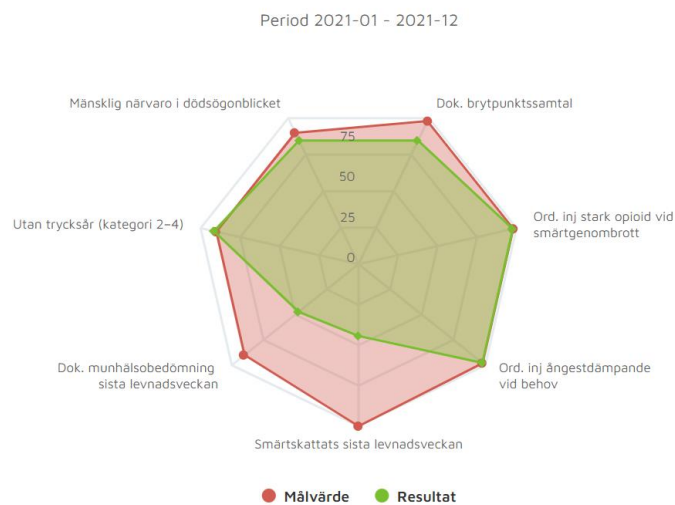
**Mål:** Att förbättra vården i livets slut för patienten och dess närstående.

**Resultat:** Under 2022 har det rapporterats in totalt 110 dödsfall i palliativregistret av division social omsorg i Nyköpings kommun. Av dessa är 87 inom säbo/lss, 19 korttidsboende och 3 inom hemsjukvården, en inrapporterad är ordinärt hem utan stöd.

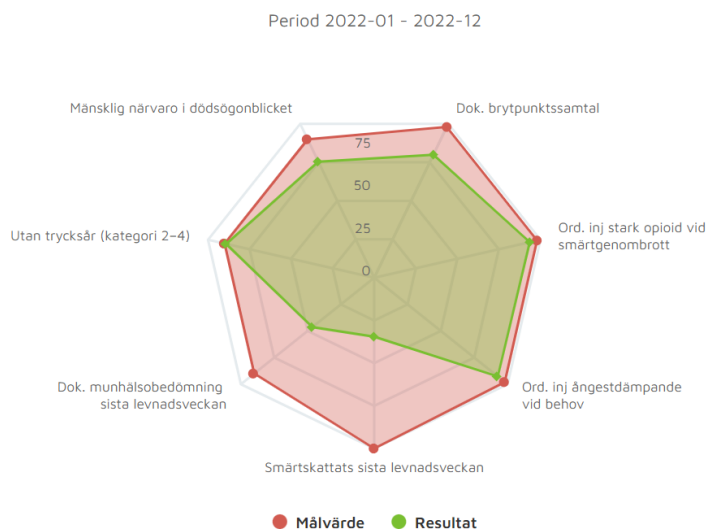


För att få en tydlig överblick av hur resultatet speglas ur vårt arbete med vården i livets slutskede kan årets resultat sammanställas i ett spindeldiagram, där kvalitetsindikatorer visar om vi uppnår målvärdet för en god vård i livets slutskede. Nedan syns spindeldiagram för 2021 och därefter för 2022 för samtliga enheter inom DSO:

## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

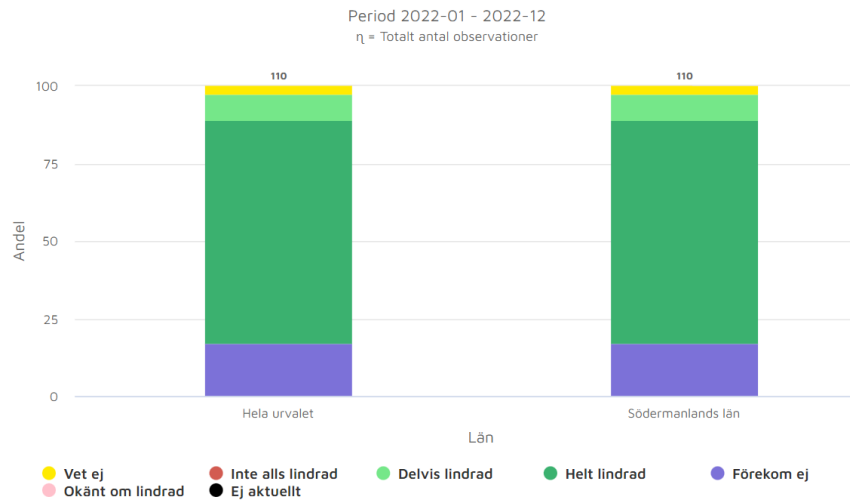


## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Det område där vi under 2022 uppnår målvärdet är att patienten avlider utan trycksår. Gällande mänsklig närvaro i dödsögonblicket har resultatet försämrats sedan 2021, vilket även gäller dokumentation av brytpunktssamtal. Ordination av stark opioid vid smärtgenombrott och ångestdämpande injektion vid behov har också försämrats, även om vi fortsatt ligger nära målvärdet inom dessa två områden. Försämring gäller även dokumenterad smärtskattning under sista levnadsveckan, där målvärdet ligger långt över uppnått resultat. Dokumentation av munhälsobedömning har inte försämrats jämförts med föregående år, men där är resultatet lågt jämfört med målvärdet.

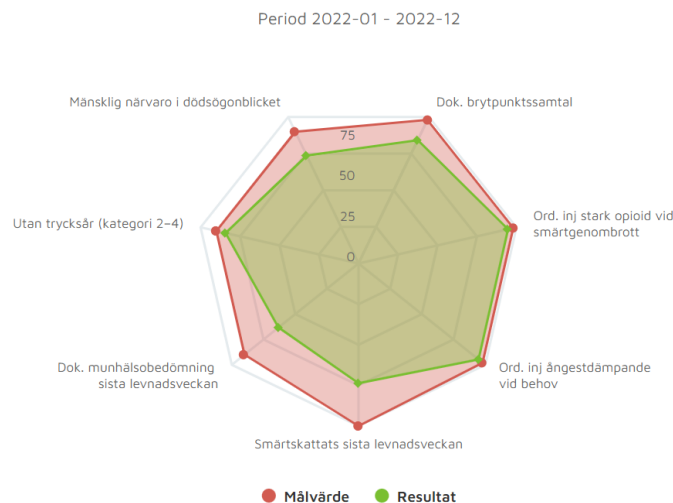
## Förekomst och lindring av smärta



Tittar vi på förekomst och lindring av smärta hos de patienter som vårdats i livets slutskede ser vi att vi uppnår goda resultat. I 71,8% av fallen har smärtan kunnat lindras helt, och i 8,2% av fallen har den delvis lindrats. Det finns inget fall där inte smärtan kunnat lindras alls. Dock visar resultatet av utförda smärtskattningar sista levnadsveckan att 34,5% har fått en genomförd smärtskattning, vilket innebär att det ofta inte finns en validerad bedömning av om smärtan lindrats av läkemedel.

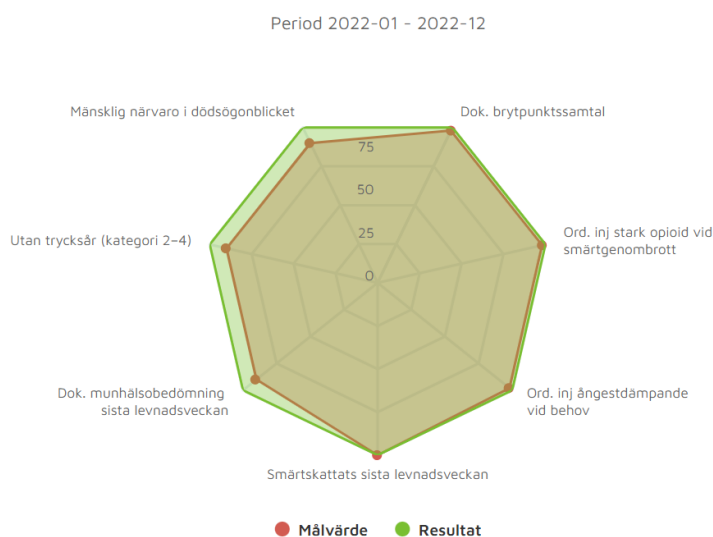
Det finns enheter inom kommunen som sticker ut positivt med sitt resultat jämfört med övriga enheter, och det är Lundagården och korttidsboendet som uppnår goda resultat. Nedan syns spindeldiagrammet för korttidsboendet, där det syns en tydlig skillnad i genomförda munhälsobedömningar och smärtskattningar sista levnadsveckan jämfört med kommunen som helhet, på korttidsboendet registrerades 19 dödsfall under 2022:

## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Nedan syns spindeldiagrammet för Lundagårdens besvarade enkäter i palliativregistret, där det syns att det finns en mycket väl fungerande vård i livets slutskede inom samtliga områden. Lundagården hade tio rapporterade dödsfall under 2022:

### Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



**Analys av resultat:** Det finns flera områden att arbeta vidare med för att förbättra vården i livets slut för våra patienter och närstående. Resultatet har försämrats under 2022 jämfört med 2021, och de tydligaste områdena att utveckla gäller smärtskattning och dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan. Det finns enheter som lever upp till målvärdena, och andra som är långt ifrån att uppnå dem. Idag saknas det regelbunden uppföljning och analys av resultat på enhetsnivå inom kommunen och genom att börja med att efterfråga uppföljning och åtgärder utifrån resultat kan vi även arbeta vidare med att utveckla de områden som vi inte når tillräckliga resultat inom. Att ta lärdom av de enheter där det finns ett väl fungerande arbetssätt kan hjälpa andra enheter att utveckla sitt arbete.

**Åtgärd och uppföljning av åtgärd:** Att under 2023 följa upp resultat kvartalsvis på verksamhetsnivå med återkoppling till enheterna för framtagande av åtgärder för att förbättra resultatet inom de områden där enheten inte uppnår målvärdet.

Det har under 2022 arbetats fram en rutin för smärtlindring via subkutan kvarliggande kateter som förhoppningsvis kommer förbättra resultatet av både smärtlindring och genomförda smärtskattningar sista levnadsveckan, då rutinen innehåller att delegerad omvårdnadspersonal ska genomföra smärtskattning innan kontakt med sjuksköterska och efter given smärtlindring.

Det har även under 2022 arbetats fram en funktionsbeskrivning för palliativt ombud, som ska finnas på varje enhet, i syfte att kvalitetssäkra och höja kompetensen på varje enskild enhet gällande vård i livets slut. Det finns 27 undersköterskor inom DSO som har fått vidareutbildning inom palliativ vård under 2022, dessa kommer få arbeta med uppdraget som palliativt ombud på enheterna under 2023.

## BPSD

BPSD är ett nationellt kvalitetsregister med syfte och mål att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD), och därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom eller kognitiv sjukdom.

**Mål:** Att öka livskvaliteten för personer med demenssjukdom genom vårdåtgärder som minskar förekomst av BPSD.

**Resultat:** Under året genomfördes administratörs utbildningar till Lundagården, Koggen, Fruängskällan samt till övriga enheter med behov att utbilda administratörer. Vid utbildningarna deltog undersköterskor, specialistundersköterskor med inriktning demens, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster/fysioterapeuter, verksamhetssamordnare, enhetschefer samt verksamhetschef. Alla blev inte färdiga med sin utbildning.

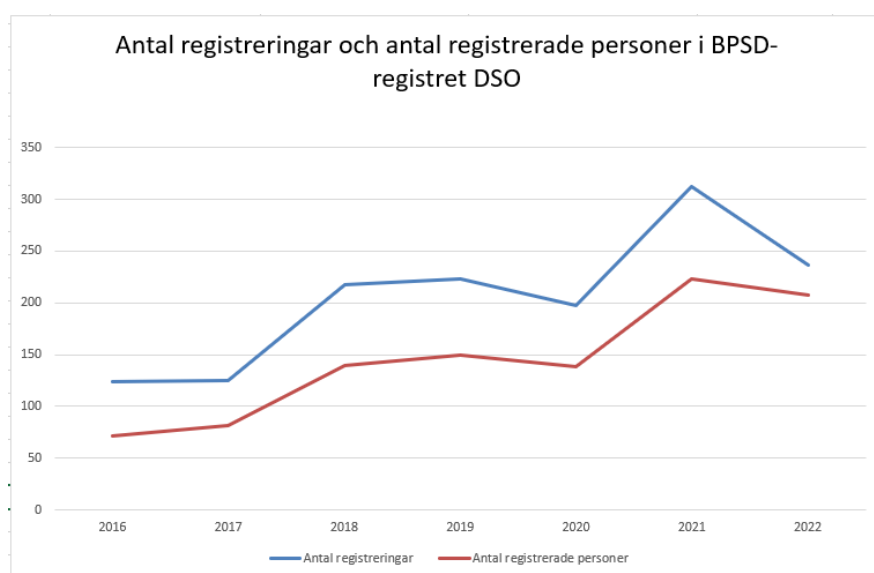
Enligt registret utbildades 42 personer, där tillkommer fler personer som tidigare var administratörer, men som utbildats igen för att få till samarbetet i de multiprofessionella teamen på enheterna. Därav har dessa personer inte registrerats utbildade igen.

En tre timmars utbildning för biståndshandläggarna med inriktning äldre har genomförts för att öka upp kunskapen kring demens och BPSD-registret.

De certifierade utbildarna har tillsammans med Resursteamet Demens specialistundersköterskor erbjudit enheter stöd i implementeringen av arbetssättet i BPSD och ett tydligare arbetssätt kring detta planeras att arbetas fram under 2023.

**Analys av resultat:** Antal registrerade personer har minskat med 4% och antal registreringar har minskat med ungefär 12% jämfört med 2021. Detta kan förklaras av att de certifierade utbildarna uppmanat enheterna att göra noggranna registreringar framför öka antalet registreringar (se figur 1).

**Figur 1.**

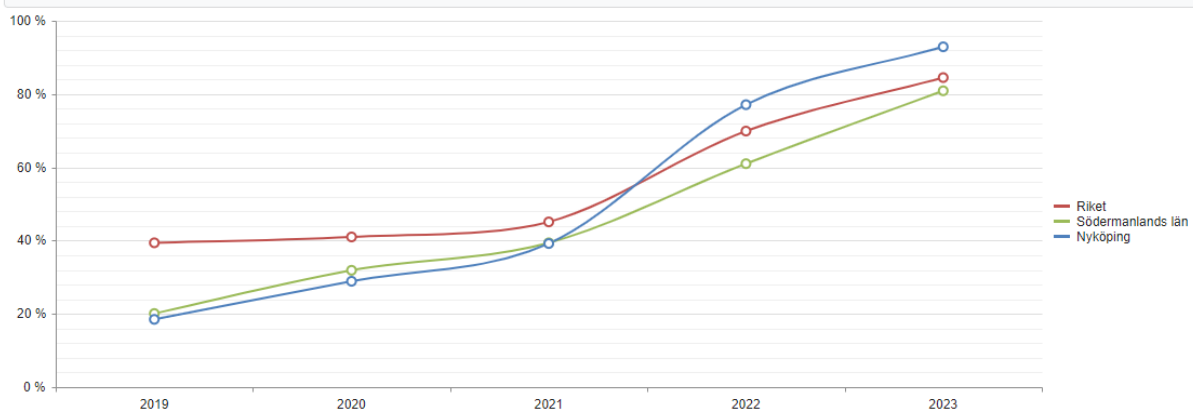


Vikten av teamarbete och att notera hela teamets medverkan vid registrering har tydliggjorts på utbildningarna under året. Arbetet med att uppmuntra till teamarbete och att öka andelen registrerade i team har gett resultat (se figur 2).

Figur 2.

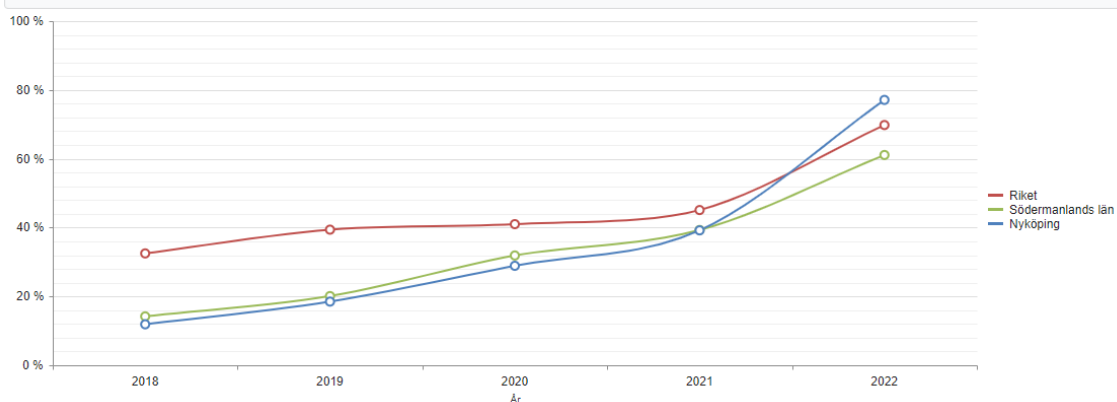
Södermanlands län    Nyköping    -- Välj stadsdel --    föregående    2023    nästa

Registreringar där ett multiprofessionellt team (minst en person från SOL och en person från HSL) deltagit i hela processen vid BPSD-registreringen. (Observation av symtomen, analys av bakomliggande orsaker, varit med att ta fram åtgärder).



Södermanlands län    Nyköping    -- Välj stadsdel --    föregående    2022    nästa

Registreringar där ett multiprofessionellt team (minst en person från SOL och en person från HSL) deltagit i hela processen vid BPSD-registreringen. (Observation av symtomen, analys av bakomliggande orsaker, varit med att ta fram åtgärder).



**Åtgärd och uppföljning av åtgärd:** Förbättringsområdet som kvarstår från 2022 är att kunna ge ett ökat stöd till de administratörer som finns, ett önskemål är att erbjuda administratörsträffar med syfte att fördjupa kunskapen i registret.

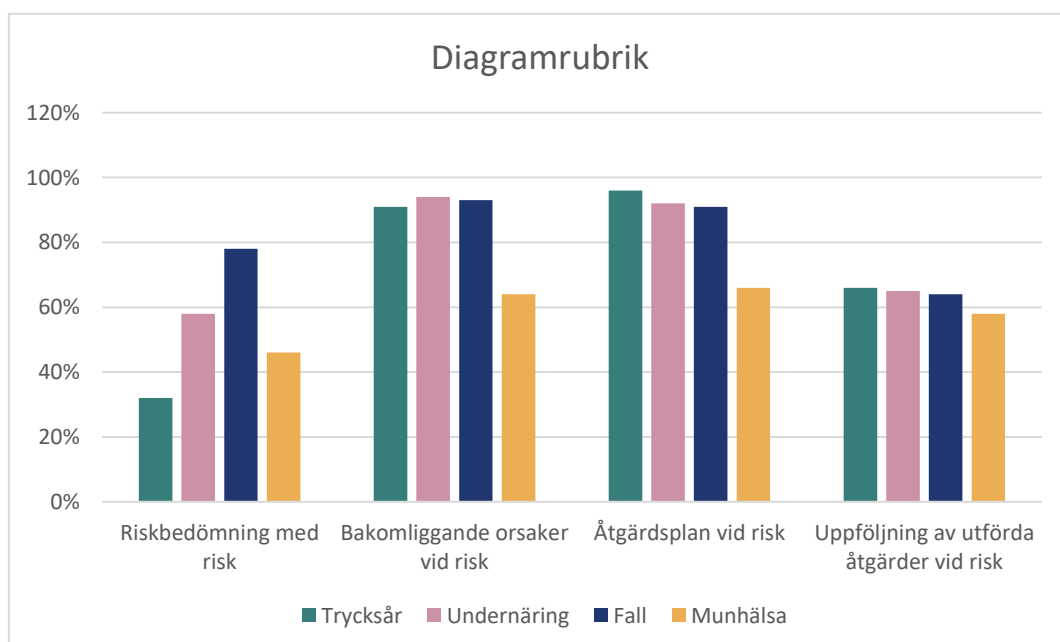
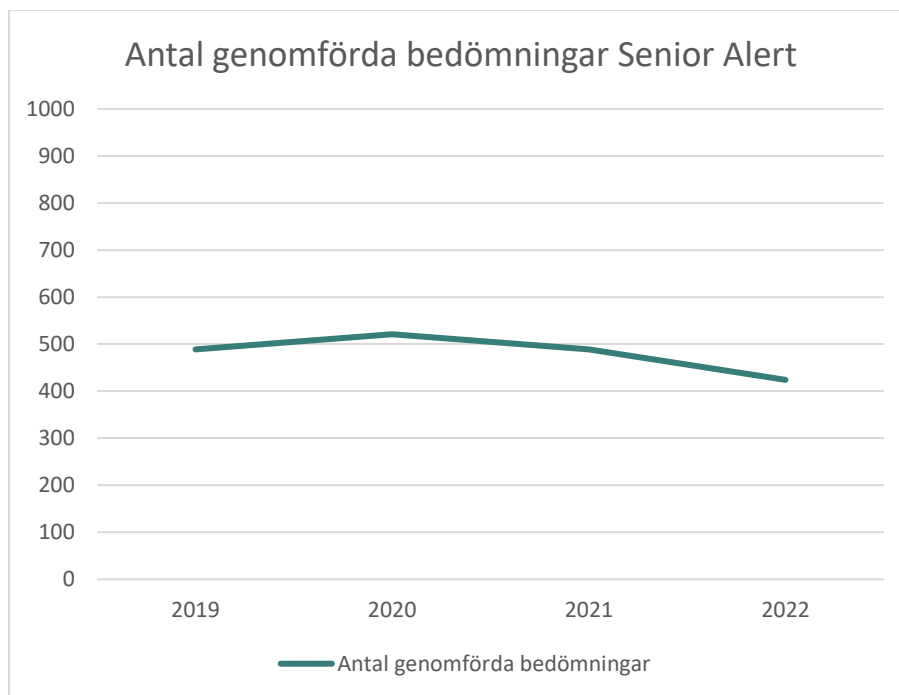
Det finns fortsatt stort behov och efterfrågan inom DSO att utbilda fler BPSD-administratörer.



## Senior Alert

**Mål:** Enligt rutin för Senior alert ska varje individ som skrivs in i kommunal vård och omsorg för äldre få en riskbedömning gällande fall, undernäring, trycksår och munhälsa, vid inskrivning och därefter minst en gång per år. Utifrån resultatet på riskbedömningar ska bakomliggande orsaker bedömas och därefter ska en hälsoplan med åtgärder tas fram utifrån individens behov samt följas upp regelbundet. Målet från 2021 års patientsäkerhetsberättelse var att utveckla ett analysarbete under 2022 för att följa upp resultat och att öka antalet registreringar i Senior Alert.

### Resultat:



**Analys av resultat:** Målet att öka antalet registreringar i Senior Alert uppnås inte. Antalet bedömningar har minskat från 489 år 2021 till 424 genomförda bedömningar 2022. Det finns ingen systematisk uppföljning av resultat varken på enhets- eller verksamhetsnivå idag. Däremot har arbetet med hälsokonferenser implementerats under 2022 inom äldreomsorgen, vilket förhoppningsvis kommer leda till att vi ser ett ökat antal registreringar i Senior Alert under 2023, då arbetet med Senior Alert är en del av hälsokonferensen.

Positivt är att en hög andel av de registreringar som görs och visar sig innehålla risk även innehåller bedömning av bakomliggande orsaker och åtgärdsplaner, däremot behöver arbetet förbättras med att genomföra uppföljningar av utförda åtgärder vid risk.

Behovet kvarstår av att utveckla en systematisk uppföljning av resultatet både på enhets- och verksamhetsnivå för att säkerställa en kvalitetssäkring. Idag saknas analyser av resultat ifrån kvalitetsregistret.

**Åtgärd och uppföljning av åtgärd:** Att under 2023 följa upp resultat kvartalsvis på verksamhetsnivå med återkoppling till enheterna för framtagande av åtgärder för att förbättra resultatet.

### **Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering**

Varje år genomförs en kvalitetsgranskning av läkemedelshantering i kommunens verksamheter av en extern apotekare för att säkerställa en patientsäker läkemedelshantering utifrån de föreskrifter och riktlinjer som finns. Under 2022 var fokusområden för granskningarna följande:

- Narkotikahantering
- Tillgång till och användande av läkemedelslista
- Läkemedelshantering och lokala rutiner
- Insulinordinationer
- Städ rutiner för läkemedelsskåp/-förråd och arkivering

Det utfördes även kontroll i akut- och buffertläkemedelsförrådet och i de patientbundna läkemedelsskåpen på de enheter där det förekom, och kontroll av dokumentation av förvaringstemperatur i läkemedelsrum och kylskåp utfördes. Utifrån resultat av kontrollerna tas förbättringsförslag fram, apotekaren skriver en rapport som återkopplas till MAS och skickas till enheterna som deltagit i granskningen.

**Mål:** Säkerställa en patientsäker läkemedelshantering utifrån gällande föreskrifter och riktlinjer

### **Särskilt boende för äldre**

**Resultat:** De flesta enheter hanterar nycklar till medicinskåp. Nycklarna är inte personliga och kvitteras av personal vid början och slutet av ett arbetspass. Nyckelhanteringen har brister på många enheter, och det vanligaste är att nyckelförvaringen är bristfällig eller att kvittering av nycklarna uteblir. Nycklarna förvaras i

olåsta skåp, vilket gör det enkelt för obehöriga att komma åt dem. De nyckelskåp som har kod saknar rutin för regelbundet byte av kod.

Två enheter hade oreviderade lokala rutiner för läkemedelshantering. På de flesta enheter finns de uppdaterade och personalen känner till var de finns. Många enheter saknade signaturförtydligandelistor vid driftsstopp.

Samtliga av kommunens enheter brister i dokumentation av batchnummer för insulin, vilket finns behov av att tydliggöra syfte och mening med för att säkerställa att det utförs. Rengöring av dosetter dokumenteras inte, vilket föreslås skrivas in i lokala rutinen för läkemedelshantering att de ska bytas till en diskad dosett vid varje påfyllning.

Gällande förvaring av läkemedel i buffertförråd föreslås att de gamla metallskåpen som är trånga och mörka tas bort och att de utrymmen där skåpen förvaras omvandlas till ett läkemedelsrum med bättre möjligheter till förvaring med bättre ordning och därigenom förbättrad patientsäkerhet. Det finns idag en del brister kring förvaring och ordning i kylskåp och hur personbundna läkemedel förvaras på vissa enheter. Det finns även brister i hållbarhetskontroll av läkemedel, och temperatur i kylskåp där det förvaras läkemedel ska kontrolleras dagligen.

Narkotikahandlingen är väl fungerande och det har inte förekommit något svinn enligt rapporten. Narkotikajournaler finns ifyllda och kontrollräkning sker. Endast enstaka brister i kontrollräkning under semesterperioder har konstaterats.

Det har påträffats läkemedel i förråden som är avidentifierade och sparats efter att en patient avlidit eller läkemedel satts ut, och detta får inte förekomma. Det finns i vissa fall mycket läkemedel som ska kasseras kvar i förvaringen. Läkemedel som ska kasseras ska skickas till förbränning så ofta som möjligt.

### **Grupp- och servicebostad**

**Resultat:** Samtliga enheter har godkända lokala rutiner för 2022, men vissa saknar en årlig revidering.

Personbundna läkemedel förvaras i patienternas låsbara läkemedelsskåp som endast personal har tillgång till. Hållbarhetskontroller, städning och hantering av läkemedelsavfall sker enligt rutinerna. Hos vissa enheter är hållbarhetskontroll otydlig och behöver förtydligas.

Narkotikaklassade läkemedel förvaras i patientens läkemedelsskåp och kontrollräkning sker månadsvis. Avvikelse följs upp och dokumenteras enligt rutin. Inga avvikelser hittas vid stickprov. Avvikelse bör skrivas vid avvikande temperatur i kyl eller missad narkotikakontroll för uppföljning.

Det behövs en rutin för arkivering av tidigare rapporter och åtgärdsplaner, då nya enhetschefer haft svårt att hitta de tidigare rapporterna. Även personalen på enheten bör ha tillgång till rapporten.

## Hemtjänst

**Resultat:** Det finns godkända centrala och lokala rutiner för läkemedelshantering för samtliga enheter, men det förekommer utebliven årlig revidering av dessa på vissa enheter. Det behöver säkerställas att dessa revideras i tid och att samtlig personal tar del av rutinen efter revidering, förslagsvis genom att det ska signeras att alla berörda medarbetare har läst och förstått rutinen.

Förvaring på hemtjänstenheten sker endast tillfälligt i låst utrymme (skåp eller rum) innan läkemedel levereras hem till patienten. Alla patienter har läsbara medicinskåp i hemmet och hållbarhetskontroll, städning och hantering av läkemedelsavfall sker regelbundet och enligt rutin. På vissa enheter är dokumentation av hållbarhetskontroll otydlig och behöver förtydligas. Narkotikaklassade läkemedel förvaras inlåsta hemma hos patienten och kontrollräkning sker månadsvis. Eventuella avvikelser följs upp och dokumenteras enligt rutin. Det saknas rutin för förvaring av tidigare apoteksgranskningar, vilket behövs för att de ska arkiveras och sparas på samma sätt och plats och finnas tillgängliga för alla.

**Analys av resultat:** Den gemensamma nämnanen för vårens granskningar var avsaknad av tidigare åtgärdsplan pga. dålig arkiveringsrutin eller uteblivna granskningar föregående åren. I övrigt visade personalen goda kunskaper inom läkemedelshantering samt bra uppsatta rutiner som följs. Det var dock oklart för vissa enheter om vilka dokumentmallar skulle användas för månatligt rutinarbete.

Personalen på särskilda boenden har också goda kunskaper och lång erfarenhet av läkemedelshantering. Nyckelhantering, registrering av batchnummer för insulin, rengöring av dosetter men framför allt förvaring av utsatta/avskrivna/avlidnas läkemedel var de mest vanliga åtgärder under hösten. En bättre ordning i vissa läkemedelsskåp eller ombyggnation till medicinrum skulle kunna förbättra läkemedelshantering i denna verksamhet.

**Åtgärd och uppföljning av åtgärd:** Varje enskild enhet får återkoppling av apotekare genom en rapport på enhetsnivå, och utifrån denna får enheten ta fram åtgärder för att förbättra de brister som framkommit. Dessa åtgärder följs upp vid nästa års granskning av läkemedelshantering på enheten.

## Öka kunskap om inträffade vårdskador

*SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §*  
Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



### Har vården varit säker

Under slutet av 2022 har kvalitetsutvecklare inom hälso- och sjukvård tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska arbetat fram en mall för fördjupad utredning av avvikelser, samt en mall för MAS bedömning av allvarlighetsgrad utifrån den utredning som genomförts.

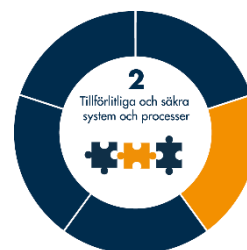
Utredningen innehåller en händelseutredning, en bedömning av vad risken för vårdskada består av och vilka konsekvenser det fått eller kunde ha fått för den enskilde. Det redogörs för hur vårdskadan eller risken för vårdskada uppmärksammats och när händelsen har inträffat. Om det vidtagits några åtgärder akut när händelsen upptäcktes ska det redogöras för samt om liknande händelser har inträffat tidigare. Det görs även en beskrivning av bakomliggande orsaker till det inträffade och en bedömning av allvarlighetsgraden med hjälp av en mall för riskanalys. Utifrån det inträffade tas det fram åtgärder för att förhindra upprepning och det planeras in en uppföljning för att säkerställa att de åtgärder som planerats har genomförts.

När utredningen är klar lämnas den till MAS för bedömning av om utredningen är fullständig, om vidtagna åtgärder är tillräckliga. MAS gör därefter en bedömning av allvarlighetsgraden och sannolikheten för upprepning av det inträffade, därefter beslutar MAS om händelsen ska anmälas till IVO eller inte.

Det har under 2022 skett två utredningar av händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, och ingen av dessa har bedömts som allvarlig.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



### Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

#### Basala hygienrutiner

Följs systematiskt upp från och med år 2022 på enhets- och verksamhetsnivå, och varje enhet får i uppdrag att förbättra sitt resultat utifrån genomförd egenkontroll. Se resultat och analys av detta ovan i kapitlet om egenkontroller.

#### Läkemedelsgenomgångar

Genomförs i samråd mellan sjuksköterska och patientansvarig läkare utifrån riktlinjer som finns på regionens samverkanswebb. Enligt HSLF-FS 2017:37 ska vårdgivaren erbjuda en enkel läkemedelsgenomgång till de patienter som är 75 år eller äldre och som har fem läkemedel eller fler vid inskrivning i hemsjukvård eller inflyttning på särskilt boende, och därefter minst en gång per år. Om patienten efter en förenklad läkemedelsgenomgång har läkemedelsrelaterade problem eller om det finns en misstanke om sådana ska en fördjupad läkemedelsgenomgång genomföras. Det som har identifierats vid journalgranskning 2022 är att det finns brister i dokumentation av läkemedelsgenomgångar. Ofta dokumenteras det som en läkarkontakt i journal i stället för en anteckning om läkemedelsgenomgång, och

då blir statistiken missvisande. Detta har lyfts i den handlingsplan som tagits fram med åtgärder för att förbättra dokumentationen, men har också lyfts vid uppföljningsmöten tillsammans med vårdcentralerna som en påminnelse om att både läkare och sjuksköterska ska dokumentera en genomförd läkemedelsgenomgång i respektive journalsystem.

### **Suicidprevention**

Inom division social omsorg finns det en kvalitetsutvecklare som arbetar specifikt med psykisk hälsa. Det finns en handlingsplan för suicidprevention framtagen, som gäller vid hot, risk och vid fullbordad suicid. Det har utifrån denna arbetats fram egna rutiner för respektive verksamhetsområde. På intranätet finns det material som kan användas på APT kring suicidfrågor samt utbildningar för medarbetare för att öka medvetenheten och patientsäkerheten i frågan. Det finns även en utbildning för all personal framtagen som handlar om bemötande i olika situationer. Ett gott bemötande och insikten av att vi behöver bemötas olika utifrån våra olika förutsättningar ökar patientsäkerheten. Psykisk hälsa har uppmärksammats i verksamheterna under 2022, med syfte att minska stigma och därmed kunna möta psykisk ohälsa och för att de patienter vi möter ska kunna vägledas till rätt vård och behandling.

### **Säker vård här och nu**

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



### **Digitalisering**

Under 2022 har det tillsatts en tjänst som kvalitetsutvecklare inom välfärdsteknik och digitalisering. Under 2022 har fokus varit att inventera behov och att beskriva nuläget och önskeläge digitalt, därefter att påbörja arbetet med att ta fram en digitaliseringsstrategi på övergripande nivå. Digitaliseringen inom divisionen har en mycket nära koppling till Nära vård. Nya tekniska lösningar skapar stora möjligheter att bo kvar hemma, till exempel trygghetskameror och läkemedelsrobotar.

Särskilt boende har sedan slutet av 2021 arbetat med digital signering av delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter och under slutet av 2022 har även hemsjukvård och hemtjänst påbörjat sin övergång från signering på papper till digital signering. Att signera digitalt innebär en stor tidsbesparing, då det tidigare gått åt mycket tid för legitimerad personal att skriva ut och lämna ut signeringslistor samt att lämna ut nya vid förändringar. I systemet för digital signering kan legitimerad personal direkt se när en insats inte är utförd inom rätt tid, vilket är en kvalitetssäkring av att till exempel läkemedel blir givna i rätt tid. Tidigare fick legitimerad personal tillbaka papperslistor i början av nästkommande månad, och då är det ofta svårt att ta reda på orsaken till att en avvikelse skett tidigare i månaden. Det har också blivit lättare att ändra insatser när det görs direkt i datorn i stället för att till exempel hemsjukvården tidigare behövt skriva ut en ny signeringslista och åka ut med den till patientens läkemedelsskåp.

## Nära vård

Från och med oktober 2022 finns det en kvalitetsutvecklare som arbetar med omställningsarbetet till nära vård och utvecklingen av en mer lättillgänglig vård som med hjälp av nya arbetssätt kan få resurserna att användas bättre och räcka till fler med tanke på utvecklingen som väntar oss med färre personer i arbetsför ålder och allt fler äldre i befolkningen. En god och nära vård bygger på att vården utgår ifrån patientens individuella förutsättningar och behov. Nära vård är inte ett arbetssätt utan ett förhållningssätt som bygger på att vården ska vara relationsbaserad, hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv. Den nära vården ska även bidra till en jämlik hälsa, trygghet och självständighet som är grundad i ett gemensamt ansvarstagande och tillit (SKR).

I och med att divisionens kvalitetsutvecklare inom nära vård inte tillträdde sin tjänst förrän i oktober 2022 har inte arbetet hunnit så långt, men under slutet av 2022 har fokus legat på att presentera vad nära vård är för olika verksamheter inom kommunen, vilket även fortsätter under 2023. I Nyköpings kommun har dock redan omställningen till nära vård startat, till exempel genom hemtjänstens hemtagningsteam och resursteamet demens. De startades utan koppling till nära vård men är exempel på insatser som går hand i hand med omställningen. Rehabiliteringen jobbar med att förebygga fall i hemmet och det palliativa arbetet är på väg att utvecklas inom äldreboenden och hemtjänst. Rutinen för Trygg och effektiv hemgång som tagits fram i ett samarbete mellan kommuner och regionen ska förnyas med tydlig nära vård-inriktning och kommunens och regionens samverkan ska förbättras.

## Inhyrd personal

Hälso- och sjukvården har under många års tid varit beroende av inhyrda sjuksköterskor för att det dels varit en hög personalomsättning inom framför allt hemsjukvården med medföljande svårigheter att rekrytera och behålla ordinarie personal. Att hyra in personal är en väl fungerande lösning ur ett kortsiktigt perspektiv, då det innebär att det finns personal på plats att utföra det dagliga arbetet. Det som sker när en hög andel av personalen är inhyrda är att kvalitets- och utvecklingsarbete inom organisationen blir lidande, då kortsiktiga lösningar av vakanser orsakar att fokus förflyttas från ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv till ett fokus på akuta insatser här och nu. Under 2022 har hälso- och sjukvården lyckats rekrytera ordinarie personal och kunnat minska ner på inhyrd personal, och förhoppningen är att det under 2023 ska kunna ge följd effekten av en mer stabil organisation med fokus på att höja kvalitet och att utveckla det vårdpreventiva arbetet.

## Riskhantering

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4*

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Risicanalyser ska göras för att minska risken för avvikelser genom att efter riskanalys minska riskvärdet genom att till exempel utveckla processer och rutiner. I det systematiska patientsäkerhetsarbetet ska riskanalyser ske på både individnivå, enhetsnivå och verksamhetsnivå. I framtagandet av internkontrollplanen för 2023 har det gjorts en risk- och väsentlighetsanalys inom samtliga verksamhetsområden och utifrån denna har det tagits fram aktiviteter för egenkontroll. Enligt divisionens kvalitetsledningssystem ska riskanalyser göras utifrån den metod som finns beskriven hos SKR.

Inför sommaren görs alltid en riskanalys av hälso- och sjukvårdsorganisationen för att bedöma risken av reducerad bemanning. Denna riskanalys lämnas till MAS och följs upp efter semesterperioden för att säkerställa att patientsäkerheten hållits på en god nivå även under sommaren. År 2022 var det stora svårigheter att rekrytera vikarier inom samtliga verksamheter, och det gjordes därför en riskanalys inom varje verksamhetsområde med bedömning av möjliga följder. Det fanns stora farhågor om att det skulle kunna bli svårigheter att lösa bemanning och delegeringar inom både hemtjänst, FSO och särskilt boende, men sommaren löpte på utan några större störningar eller negativa konsekvenser.

## Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



Genom att lyfta negativa händelser eller avvikelser i arbetsgrupperna utvecklas ett lärande utifrån det som inträffat och bidrar till en mer säker vård. Att enheterna inom hälso- och sjukvården får återkoppling av resultat av till exempel journalgranskningar och kvalitetsregister och att resultatet analyseras för att utveckla verksamheten bidrar till en större förståelse för varför vi genomför uppgifterna, men det blir också synliggjort att det bidrar till förbättringar. Under 2022 har samtliga grupper inom hälso- och sjukvården fått återkoppling på journalgranskningarna och en handlingsplan har tagits fram utifrån detta. Det finns behov av att utveckla vidare arbetet med analys och lärande inom flera områden.

### Avvikelse

*PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5*

Under 2022 har avvikelseprocessen bearbetats och implementerats på ledningsnivå, men den behöver under 2023 implementeras på enheterna för att säkerställa att den personal som arbetar närmast patienten har ett arbetssätt där risker och händelser uppmärksammas och att avvikelser registreras. I den process som finns idag i kommunens system för kvalitetsledning saknas HSL-perspektivet, vilket ska utvecklas



under 2023. Det har även påbörjats framtagande av en utbildningsfilm för omvårdnadspersonal om hantering av avvikelser, målet med denna är att förbättra arbetet med avvikelser och risker.

## Äldreomsorg

Det har gjorts en sammanställning av antal registrerade avvikelser och analys av antal hanterade/avslutade avvikelser på verksamhetsområdesnivå. Det har identifierats att det finns stora utvecklingsbehov av en dokumenterad analys på enhetsnivå över de avvikelser som inträffar och att resultatet tillvaratas för att medföra förbättringar. Enhetschef och legitimerad personals roll i att bedöma och utreda avvikelser är viktig, och vi behöver utveckla ett gemensamt synsätt i hur avvikelser ska hanteras och vad vi gör med resultaten. Det är tydligt i statistiken att det behöver utvecklas ett systematiskt arbetssätt i att följa upp och hur det ska genomföras. Förslaget i den sammanställning som gjorts av kvalitetsutvecklare och verksamhetsstrateger är att det genomförs en uppföljning månadsvis på enhetsnivå, med kvartalsvis rapportering till verksamhetsnivå och att statistiken synliggörs på till exempel ledningslag där samtliga professioner finns samlade.

## Totala avvikelser inom Äldreomsorgen 2022

Antal/siffror avvikelser som registrerats i verksamhetssystem Procapita enligt nedan.

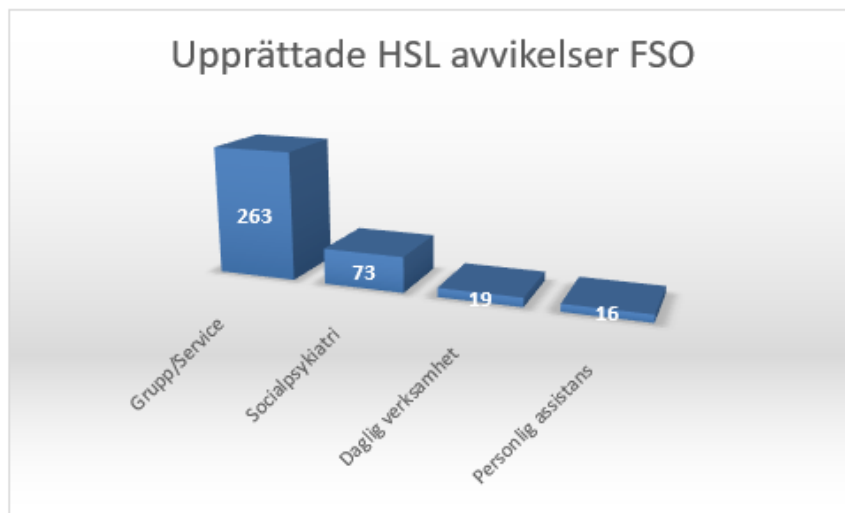
	Allmän omvårdnad HSL	Dokumentation HSL	Fall HSL	Informationsöverföring HSL	Läkemedel HSL	Specifik omv/rehab HSL
Antal registrerade avvikelser Hemtjänst	22	7	369	13	300	15
Avslutade avvikelser Hemtjänst	11	6	170	5	206	3
Antal registrerade avvikelser Särskilt boenden för äldre	126	10	1688	6	526	46
Avslutade avvikelser Särskilt boende	77	5	987	3	306	31
<b>Totalt</b>	<b>148</b>	<b>17</b>	<b>2057</b>	<b>19</b>	<b>826</b>	<b>61</b>
<b>Totalt avslutade avvikelser</b>	<b>88 (59%)</b>	<b>11 (65%)</b>	<b>1157(56%)</b>	<b>8 (42%)</b>	<b>512 (62%)</b>	<b>34 (56%)</b>

Datum 230102

## Funktionsstödomsorgen

Inom FSO har det totalt upprättats 371 avvikelser under 2022, och de allra flesta av dessa har registrerats inom grupp- och servicebostäder. Det är få av de upprättade avvikelserna som är avslutade och hanterade av ansvarig mottagare som är enhetschef och legitimerad personal. I avvikelser gällande fall och läkemedel

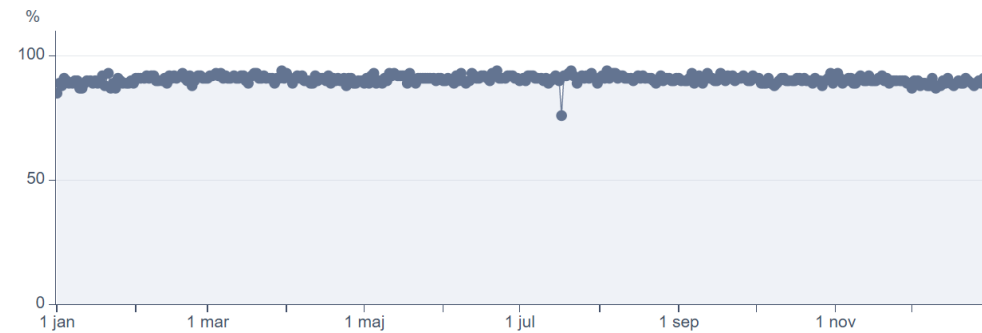
ges det en beskrivning av det inträffade och trolig orsak till avvikelsen. I de flesta fall beskrivs åtgärder i form av kontakt med sjuksköterska, genomgång av rutin eller att ingen åtgärd vidtagits. Det saknas ett systematiskt åtgärdsarbete kring HSL-avvikelser med utredning av bakomliggande orsak och åtgärder för att förhindra att det upprepas. Det antas även att inte alla inträffade avvikelser rapporteras.



### Avvikelser digital signering

I systemet för digital signering som används inom DSO kan det kontinuerligt följas upp och analyseras statistik över utförda hälso- och sjukvårdsinsatser och läkemedelshantering. Under hela 2022 har samtliga äldreboenden signerat hälso- och sjukvårdsinsatser genom digital signering. Det har dock inte funnits någon rutin för hur statistiken ska följas upp och när avvikelser som skett ska registreras i avvikelsemodulen i journalsystemet, vilket medför en svårighet att följa upp avvikelser gällande till exempel läkemedel under 2022. När det till exempel sker en avvikelse när ett läkemedel blir uteblivet behöver det registreras en avvikelse även i journalsystemet om detta, men eftersom det inte funnits någon rutin för hur det ska hanteras så vet vi inte om det blivit gjort. Rutin för hur och när avvikelser ska registreras kommer att tas fram under början av 2023 för att tydliggöra detta.

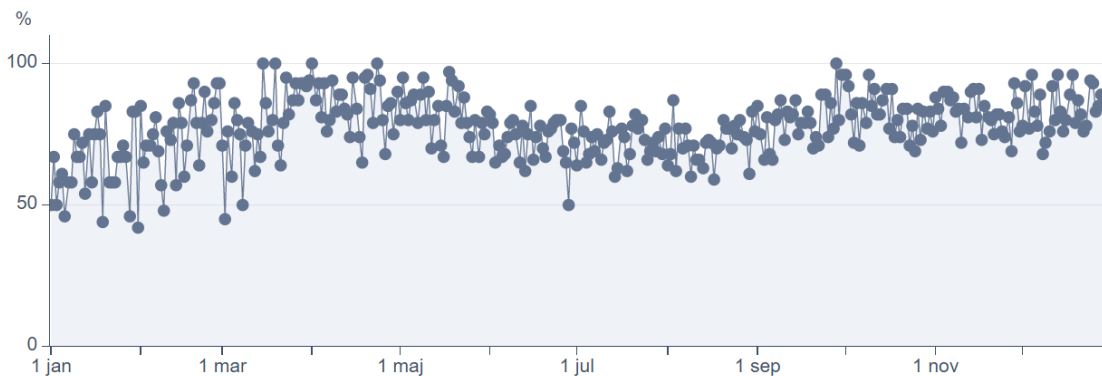
### Statistik signerade läkemedel i Appva 2022 - SÄBO



<b>I TID</b>	<b>EJ I TID</b>	<b>FÖRÄNDRING FRÅN FÖREGÅENDE PERIOD</b>	<b>GENOMSNITTLIG AVVIKELSE I TID</b>
91 %	9 %	1 % fler i tid	7 minuter
<b>ANDEL SIGNERADE INSATSER</b>		<b>TOTALT ANTAL INSATSER</b>	
98 %		952213	

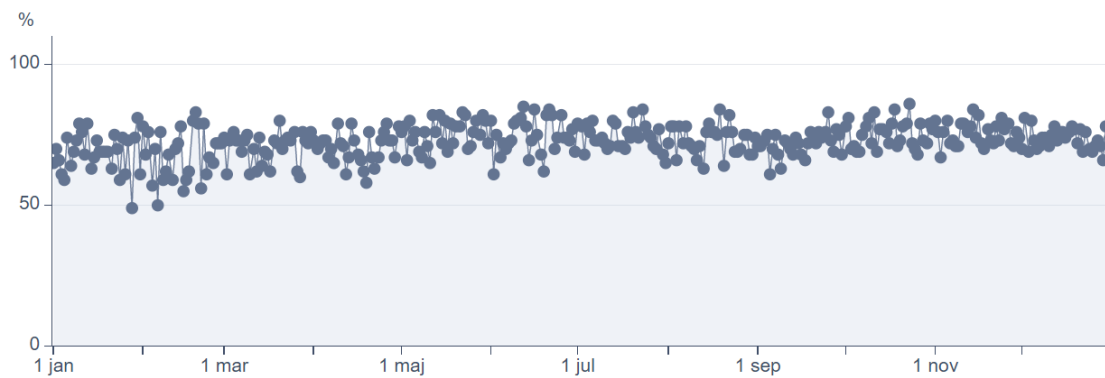
Följsamheten i signering av läkemedel ser ut att vara mycket god, då 91% av alla signerade läkemedel ges inom rätt tidsintervall. Den genomsnittliga avvikelsen i tid är 7 minuter, vilket inte är särskilt mycket. 98% av alla insatser är signerade, vilket innebär att av 952 213 är det ca 19 000 insatser som inte har signerats. I Procapita finns 526 läkemedelsavvikelser registrerade under 2022, så det finns ett tydligt behov av att se över och tydliggöra vid vilka tillfällen en avvikelse ska registreras i journalsystemet och att det arbetssättet implementeras i samtliga verksamheter.

### Statistik arbetsterapi i Appva 2022 - SÄBO



<b>I TID</b>	<b>EJ I TID</b>	<b>FÖRÄNDRING FRÅN FÖREGÅENDE PERIOD</b>	<b>GENOMSNITTLIG AVVIKELSE I TID</b>
78 %	22 %	18 % fler i tid	51 minuter
<b>ANDEL SIGNERADE INSATSER</b>		<b>TOTALT ANTAL INSATSER</b>	
88 %		9385	

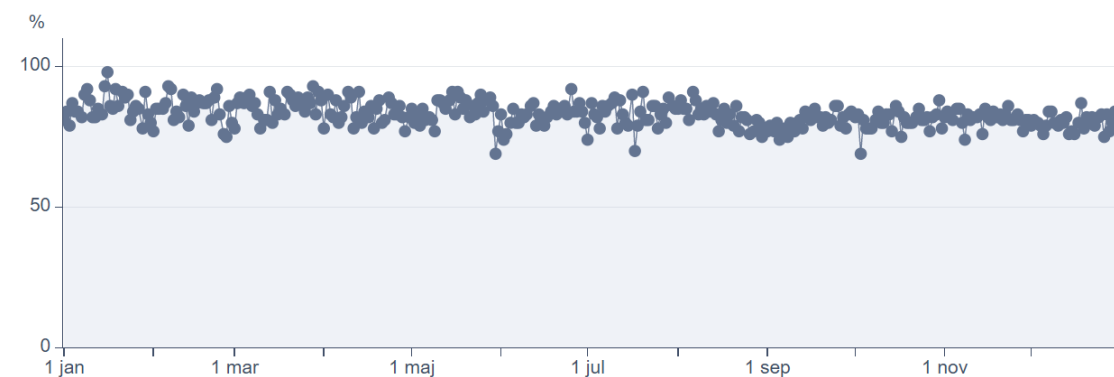
### Statistik fysioterapi i Appva 2022 - SÄBO



<b>I TID</b>	<b>EJ I TID</b>	<b>FÖRÄNDRING FRÅN FÖREGÅENDE PERIOD</b>	<b>GENOMSNITTLIG AVVIKELSE I TID</b>
73 % 📉	27 %	-4 % färre i tid	46 minuter
	<b>ANDEL SIGNERADE INSATSER</b>	<b>TOTALT ANTAL INSATSER</b>	
	83 %	21802	

Följsamheten till insatser inom arbetsterapi och fysioterapi är betydligt lägre än gällande läkemedelshantering. Ofta kan det vara så att tiden för utförandet inte är avgörande för insatsen på samma vis som vid läkemedelshantering, men en ordination från arbetsterapeut är en hälso- och sjukvårdsinsats som ska följas och när den inte utförs ska det skrivas en avvikelse. Av det totala antalet insatser inom arbetsterapi är det 1126 uteblivna av 9385 ordinerade insatser, och motsvarande siffra inom fysioterapi är 3706 av 21 802 insatser. Antal registrerade avvikelser inom specifik omvårdnad/rehab är totalt 46 under 2022, vilket tyder på att det även här finns ett stort arbete att göra dels med att tydliggöra att insatserna är viktiga för patienten och ska genomföras enligt ordination, samt att det finns behov av att tydliggöra när avvikelse ska skrivas i journalsystemet.

### Statistik övriga HSL-insatser i Appva 2022 - SÄBO



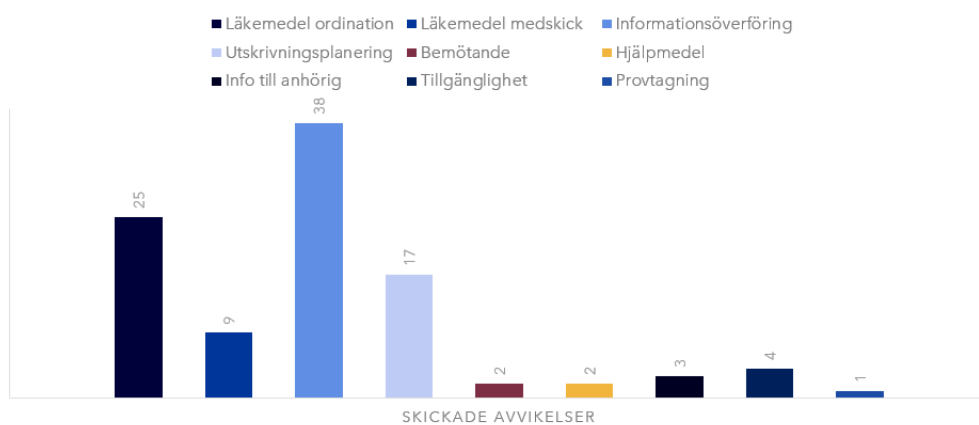
<b>I TID</b>	<b>EJ I TID</b>	<b>FÖRÄNDRING FRÅN FÖREGÅENDE PERIOD</b>	<b>GENOMSNITTLIG AVVIKELSE I TID</b>
82 % 📉	18 %	-3 % färre i tid	29 minuter
		<b>ANDEL SIGNERADE INSATSER</b>	<b>TOTALT ANTAL INSATSER</b>
		94 %	84504

Gällande övriga HSL-insatser är 94% av insatserna signerade. Övriga HSL-insatser är till exempel blodsockerkontroller, viktkontroll, blodtryckskontroll eller avföringslista. Av totalt 84 505 insatser är det ca 5000 som inte signerats. Här skulle det behövas en analys av vad som uteblir och hur detta ska hanteras. Det finns idag ingen rutin för hur avvikelser ska registreras vid utebliven signering av övriga HSL-insatser.

### **Avvikelse informationsöverföring och samordnad vårdplanering**

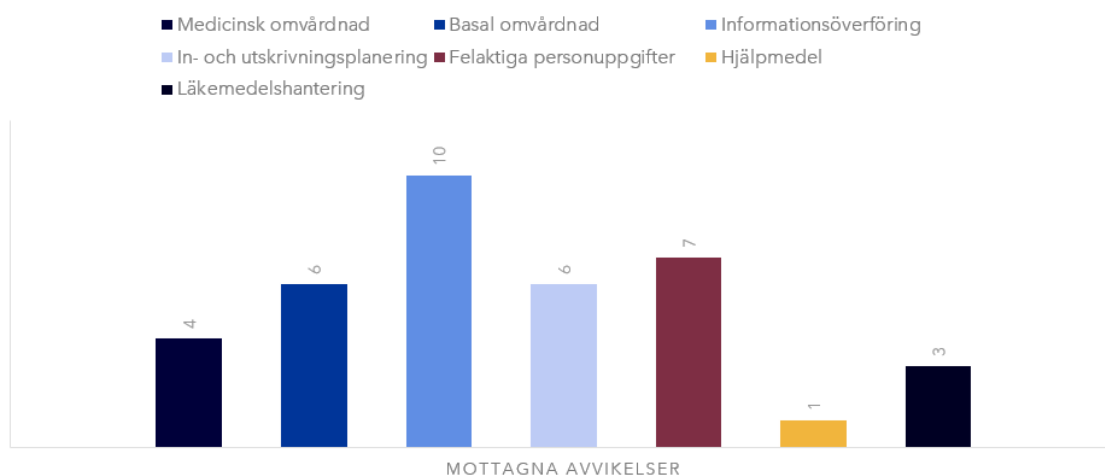
När det sker en avvikelse i informationsöverföring eller samordnad vårdplanering vid till exempel utskrivning från sjukhus eller i samverkan med vårdcentraler eller annan vårdgivare skickas en avvikelse som fylls i på en särskild blankett som diarieförs och skickas vidare till rätt enhet med kopia till medicinskt ansvarig sjuksköterska. Under 2022 har det skickats 81 sådana avvikelser till annan vårdgivare, och av dessa har den mottagande enheten besvarat 48 avvikelser. Kommunen har mottagit 37 avvikelser från annan vårdgivare, och av dessa har 17 besvarats. Skickade och mottagna avvikelser sammanställs i tabeller nedan. En avvikelse kan ibland innehålla mer än en brist, och därför är det totala antalet i diagrammet fler än det totala antalet avvikelser.

## Avvikelser informationsöverföring och samordnad vårdplanering



De allra flesta avvikelser som skickas till annan vårdgivare är skickade till regionen och gäller informationsöverföring vid utskrivning och/eller att läkemedelsordinationer inte stämmer vid utskrivning, samt att det skickas med felaktiga eller inte korrekt uppmärkta läkemedel hem till patienten. Detta är faktorer som försvårar arbetet och påverkar patientsäkerheten. Patienter skickas ibland hem utan att det meddelats kommunens verksamheter, och patienten riskerar att få fel läkemedel.

## Avvikelser informationsöverföring och samordnad vårdplanering



Mottagna avvikelser gäller oftast informationsöverföring. Till exempel att inte kommunen meddelat vilket boende patienten ska flytta in på vid utskrivning eller att vårdcentralen inte fått meddelande om att en patient avlidit i tid. Ett flertal avvikelser gäller felaktiga personnummer på tagna Covid-prover.

Det finns behov av att genomföra en samlad analys av inkomna och skickade avvikelser för att utifrån resultat kunna genomföra förbättringar framåt, ett arbete som med fördel bör göras i samarbete med regionen för att förbättra och stärka samarbetet.

### **Klagomål och synpunkter**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6*

Klagomål och synpunkter kan inkomma till verksamheten från patienter, närstående eller andra kommuninvånare via kommunens funktion för synpunkter, via patientnämnden eller från inspektionen för vård och omsorg. Klagomål och synpunkter kan även inkomma till berörd enhet via e-post eller telefon, och ska då skrivas ner och diarieföras. Det har under 2022 inte genomförts någon samlad analys av klagomål och synpunkter, men under början av 2023 har detta genomförts vid en gemensam analysdag tillsammans med vård- och omsorgsnämnden för föregående år. Detta är ett arbetssätt som ska fortsätta utvecklas vidare under 2023.

Till hälso- och sjukvården har det inkommit 5 synpunkter som diarieförts under 2022. Av dessa fem har en besvarats, och den gällde ett förbättringsförslag för rehabenheten inom särskilt boende. Två synpunkter gäller svårigheter att få kontakt med hemsjukvården via telefon, och dessa har inte besvarats. De sista två är klagomål gällande bristande kvalitet i utförda tjänster inom hemsjukvården, och inte heller dessa två är besvarade. Det finns behov av att göra rutinen för hantering av inkomna synpunkter känd i verksamheten och att säkerställa att samtliga inkomna synpunkter besvaras.

Gällande ärenden som inkommit från inspektionen för vård och omsorg har det gjorts fördjupade utredningar av två ärenden, vilka lett till åtgärder i form av till exempel utbildning inom sårvård för hemsjukvården och översyn av rutiner. Det finns idag ingen systematisk sammanställning och analys av de ärenden som inkommer från IVO, utan det är ett område som behöver utvecklas.

### **Öka riskmedvetenhet och beredskap**

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Ett sätt att säkerställa en mer patientsäker framtida vård är att utveckla en mer sammanhållen hälso- och sjukvård med gemensamma rutiner och arbetssätt, vilket även leder till ett kompetensutbyte mellan verksamheterna. De rutiner som finns behöver samordnas och göras kända i samtliga verksamheter, och medvetenheten kring patientsäkerhetsarbete behöver ökas. Ett förslag är att starta arbetsgrupper med spetskompetens utifrån intresse för att utveckla arbetet vidare. Det finns även ett behov av att utveckla ett

bättre teamsamarbete inom divisionen både mellan verksamheter och ute på enheterna mellan omvårdnadspersonal, enhetschef och legitimerad personal.

Ett kliniskt träningscenter skapas inom kommunen, med möjlighet att utveckla framtida användningsområden som kan gynna verksamheten och höja kompetensen både hos omvårdnadspersonal och legitimerad personal.

Ett fallpreventionsteam har startats upp, vilket skapar större medvetenhet kring fallprevention och främjar det förebyggande arbetet för att minska risken för fall. Rehabiliteringen har påbörjat och kommer att genomföra förflyttningutbildning för all omvårdnadspersonal för att stärka kompetensen och säkerställa att förflyttningar sker på ett säkert sätt.

I divisionens verksamheter där det inom många enheter finns en hög personalomsättning behöver kompetensutveckling ske kontinuerligt för att säkerställa att det finns personal med kunskap och erfarenhet som lever upp till den komplexitet som hälso- och sjukvården idag innebär, för att kunna ge god vård och omsorg till de patienter som vi ansvarar för.



## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Mål för 2023	Aktiviteter 2023 för att uppnå mål	Uppföljning
Att kartlägga hälso- och sjukvårdsprocessen, öka kunskapen om alla delar samt tydliggöra ansvarsfördelningen	Kvalitetsutvecklare inom hälso- och sjukvård sammankallar arbetsgrupp med representanter som arbetar med att utveckla processen	Arbetet följs upp i ledningslag ÄO och när processen är kartlagd ska den implementeras i samtliga verksamheter.
Att implementera avvikelseprocessen, utveckla och förbättra analysarbetet för att förebygga risker i verksamheterna.	Den utbildningsfilm som påbörjats ska färdigställas och arbetssättet implementeras i samtliga verksamheter.  Avvikelseprocessen ska utvecklas så att den även omfattar HSL-avvikelser samt uppföljning och analys av dessa.	Sammanställning och analys av avvikelsernas alla delar inklusive åtgärder efter implementering för att säkerställa att processen implementerats och att arbetet med avvikelseprocessen följs.
Att öka kunskapen hos chefer om att analysera information från egenkontroller, riskanalyser och utredningar av avvikelser.	Äldre och hälso- och sjukvård: Arbetet med att analysera och förbättra utifrån resultat behöver arbetas vidare med för att säkerställa att vi använder oss av resultaten för att vidareutveckla både på verksamhets- och enhetsnivå.  FSO: Behövs ett fortsatt arbete under 2023 för att påbörja arbetet med att sammanställa och analysera information från egenkontroller och hygienronder för uppföljning på verksamhets- respektive enhetsnivå.	Sammanställning och analys av resultat på enhetsnivå med återkoppling till verksamhetsnivå för att säkerställa att åtgärdsarbete genomförs.
Att börja analysera risker i verksamheterna både på verksamhetsnivå och enhetsnivå	Att implementera användandet av mall och handlingsplan för	Sammanställning och analys på enhetsnivå av antal och typ av genomförda riskanalyser för att säkerställa att arbetssättet

	<p>riskanalyser på brukarnivå på enheterna.</p> <p>Att fortsätta arbetet med att genomföra riskanalyser även på enhets- och verksamhetsnivå.</p>	<p>implementerats. Återkoppling till verksamhetsnivå för uppföljning av genomförandet.</p>
<p>Att egenkontroller genomförs regelbundet under året för att följa resultat och planera förbättringsarbete.</p>	<p>FSO: Utveckla sammanställning och analys av resultatet från egenkontroller och ta fram åtgärdsplan som följs upp.</p> <p>Äldre: Behov av att vidareutveckla hur vi ska arbeta med resultatet för att uppnå förbättring ute på enheterna.</p>	<p>Att regelbundet under året följa upp resultat av egenkontroller med analys och förslag för att förbättra resultatet.</p>
<p>Att utveckla arbetet med hälsokonferenser och därigenom förbättra samverkan inom organisationen, möjliggöra multiprofessionellt arbete på individnivå.</p>	<p>Att hålla hälsokonferenserna levande med alla delar som ska ingå enligt den rutin som tagits fram under 2022.</p>	<p>Uppföljning görs genom att resultat av nationella kvalitetsregister genomförs regelbundet på verksamhetsnivå med återkoppling till enhetsnivå.</p>
<p>Hemgångsteam: Att i samverkan med primärvården forma arbetsmetoder för att förebygga, bibehålla eller återställa den enskildes funktions- och aktivitetsförmåga, trygghetsskapande åtgärder och kontinuitet vid hemgång efter sjukhusvistelse.</p>	<p>Att utveckla ett bättre samarbete med hemsjukvårdens sjuksköterskor och vårdcentralen när det finns behov av stöd med läkemedelshantering.</p> <p>Att vidareutveckla teamets kriterier för inskrivning och samarbete med rehabenheten och tidigt i processen ta fram tydliga mål på individnivå.</p>	<p>Uppföljning på enhetsnivå med återkoppling till ledningslag ÄO.</p>
<p>Kompetensutveckling: Att säkerställa kompetens hos medarbetare för att tillgodose den enskildes behov av hälso- och sjukvård. Bland annat att det finns en plan för uppföljning av dokumentationsutbildning och en</p>	<p>Äldre: Arbetsgrupp SÄBO har startats upp jan-mars 2023, ska ta fram stödmaterial, utbildningsmaterial, granskningsmallar och uppdatera guider i assistenten. Kvarstår att</p>	<p>Uppföljning av att åtgärder genomförts återkopplas till ledningslag ÄO.</p>

översyn av introduktionen för legitimerad personal.	<p>följa upp den dokumentationsutbildning som genomförts.</p> <p>FSO: Fortsätta arbetet med att rekrytera personal med rätt kompetens.</p> <p>HSO: Arbeta vidare med att säkerställa en god introduktion för nyanställda.</p>	
Säkerställa en god vård i livets slutskede för varje enskild individ	<p>Implementera funktionen palliativt ombud på samtliga enheter</p> <p>Säkerställa en god symtomlindring genom att implementera arbetssättet med subkutan kvarliggande kateter</p> <p>Förbättra arbetet med palliativregistret</p>	Systematisk uppföljning månadsvis på enhetsnivå av resultat från palliativregistret med framtagande av åtgärdsplan för att förbättra resultatet under 2023. Uppföljning av resultat på verksamhetsnivå kvartalsvis med insamling av åtgärdsplaner från enheter.
Utveckla en god säkerhetskultur	Att samtliga enheter genomför Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE) under 2023.	Återkoppling från enhetsnivå till verksamhetsstrateg och/eller kvalitetsutvecklare som sammanställer genomfört arbete som återkopplas till ledningslag ÄO.
Säker bemanning utifrån kunskap och kompetens	Att utveckla arbetet med att rekrytera och behålla personal inom hälso- och sjukvården i samarbete med HR och kommunikation för att minska behovet av inhyrd personal och därigenom förbättra patientsäkerhet och kontinuitet för den enskilde patienten	Uppföljning av arbetet sker kontinuerligt under året vid ledningslag hälso- och sjukvård.
Agera för säker vård och stärka analys, lärande och utveckling	Att utveckla arbetet med egenkontroller inom hälso- och sjukvården med ett systematiskt arbetssätt som innehåller sammanställning, analys och	Uppföljning av delegeringar, resultat av kvalitetsregister och avvikelser och synpunkter var tredje månad på verksamhetsnivå med återkoppling till enhetsnivå -

	åtgärder utifrån resultat för att bidra till förbättringar.	där åtgärdsplan ska arbetas fram för att förbättra.
--	---	---